# Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

## 31 765 Kwaliteit van zorg

**Nr. 200**

**VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**
Vastgesteld 13 april 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 27 januari 2016 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

– **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 juni 2015 over de stand van zaken rondom de invoering van integrale bekostiging en de nieuwe besturingsmodellen (Kamerstuk 29 248, nr. 285);**
– **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 juni 2015 over de aanbieding rapport van NautaDutilh N.V. over fase 1 van de schadebepaling van het Erasmus MC (Kamerstuk 25 268, nr. 120);**
– **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 juni 2015 over het verslag van een schriftelijk overleg over het Besluit inzake toezegging aan het Erasmus Medisch Centrum over de totstandkoming van een bijzondere kapitaallastenregeling ten behoeve van voorgenomen nieuwbouw bij dit academisch ziekenhuis (Kamerstuk 25 268, nr. 119);**
– **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 augustus 2015 over de aanbieding Tweede rapportage Substitutiemonitor Rapportage afsprakenmonitor juli 2015 (Kamerstuk 33 654, nr. 16);**
– **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 oktober 2015 over de bijstelling kaders vanwege substitutie (Kamerstuk 33 654, nr. 17);**
– **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 oktober 2015 over het verslag van een schriftelijk overleg over het Inspectierapport «continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd» (Kamerstuk 31 765, nr. 167);**
– **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 november 2015 over de Marktscan medisch specialistische zorg 2015 (Kamerstuk 29 248, nr. 290);**
– **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 november 2015 over het uit/in klappen Stand van**

kst-31765-200
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2016

**zaken november 2015 over diverse onderwerpen op het gebied van zorg (Kamerstuk 29 515, nr. 371);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 december 2015 over de antwoorden op vragen commissie over het rapport fase 2 schadebepaling Erasmus MC (Kamerstuk 25 268, nr. 128);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 januari 2016 over het IGZ rapport «Het Resultaat Telt Ziekenhuizen 2014» (Kamerstuk 31 765, nr. 190);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 januari 2016 over de voortgangsbrief Curatieve zorg in krimpregio's (Kamerstuk 29 247, nr. 216).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

**Voorzitter: Lodders**
**Griffier: Teunissen**

Aanwezig zijn zes leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Bruins Slot, Van Gerven, Klever, Lodders en Rutte,

en Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 10:00 uur.

De **voorzitter**: Ik heet de Minister en haar ambtelijke ondersteuning van harte welkom, evenals de Kamerleden, de mensen op de publieke tribune en de mensen die het debat op een andere manier volgen. Wij hanteren in eerste termijn een spreektijd van vier minuten per fractie, met maximaal twee interrupties per persoon.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Het ziekenhuis in Woerden staat onder druk. Er dreigen daar allerlei voorzieningen te verdwijnen doordat er een groot nieuw ziekenhuis in Leidsche Rijn is neergezet, waarmee het ziekenhuis in Woerden gefuseerd is. Maar de patiënten willen daar helemaal niet heen. De bedden blijven leeg en de mensen blijven weg uit Leidsche Rijn, maar het ziekenhuis in Woerden gaat er wel aan kapot. Het ziekenhuis moet dicht en de mensen moeten gaan reizen, niet omdat de patiënten dat willen, maar om het ziekenhuis waar geen vraag naar is overeind te houden. Ik wil graag een reactie van de Minister op die ontwikkeling. Ik herinner mij nog dat Minister Schippers en ik in Hilversum samen optraden om het ziekenhuis daar overeind te houden. Wat is er sinds die tijd gebeurd? Toen maakte de Minister zich sterk voor Hilversum. Maakt zij zich nu ook sterk voor Woerden? Maakt zij zich ook sterk voor bijvoorbeeld Antoniushove in Leidschendam, waar de spoedeisende hulp dreigt te verdwijnen en de huisartsenpost weg dreigt te gaan? Moet de politiek niet ingrijpen om dergelijke ongewenste maatschappelijke ontwikkelingen te voorkomen?
Dit is onderdeel van een trend. Een aantal kleine ziekenhuizen staat zwaar onder druk. De financiële positie is op een of andere manier slecht. Ook de nacalculatie van 242 miljoen uit 2013 hangt nog boven de markt. De winst van de kleine ziekenhuizen is gedaald en de omzet is met 1,6% verminderd. Hoe komt dat? Ligt dat aan het stelsel? Ligt het aan de politiek? Ligt het aan het slechte management? Wat gaan wij doen om die trend te keren? Wat is de rol van de kapitaallasten in dezen? Ze spelen namelijk vooral bij kleine ziekenhuizen een relatief grote rol.
Overigens klopt dat niet helemaal, want ook bij Medisch Spectrum Twente (MST) hangen de kapitaallasten als een molensteen om de nek van het ziekenhuis. Hoe apprecieert de Minister dat Medisch Spectrum Twente in de problemen is gekomen doordat het uitging van een groei van 2,5%, terwijl dat nu mede door politieke afspraken 1% is geworden? Daardoor heeft het ziekenhuis grote problemen. Het gevolg is dat er 300 man of vrouw personeel uit moet, wat ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg.

De heer **Rutte** (VVD): Ik hoor de heer Van Gerven een punt maken van het feit dat de volumes in het ziekenhuis minder hard stijgen of zelfs afnemen. Is het geen integrale, door ons allen gedeelde politieke wens om te komen tot substitutie van ziekenhuiszorg door eerstelijns- of anderhalvelijnszorg? Dat gebeurt ook, zo blijkt uit de cijfers. Dan is het toch logisch dat ziekenhuizen minder hard groeien of misschien zelfs wel krimpen?

De heer **Van Gerven** (SP): De SP heeft er geen bezwaar tegen als een ziekenhuis wat groter of kleiner wordt op basis van de behoeften, maar door de privatisering van de kapitaallasten hebben de kleine ziekenhuizen een groot probleem. Ook grote ziekenhuizen kunnen hierdoor trouwens in

de problemen belanden, want MST is een groot ziekenhuis. Op basis van de ramingen van vijf jaar of nog langer geleden heeft MST geanticipeerd op een verwachte groei van 2,5%. Dat was toen reëel. Door de gemaakte afspraken is dat percentage teruggeschroefd, maar daardoor komt het ziekenhuis wel in grote problemen. Mijn punt is niet dat het volume iets daalt of stijgt, maar dat de kapitaallasten privaat moeten worden opgebracht. Bij een collectieve borging zouden de ziekenhuizen niet de druk van de kapitaallasten op hun begroting hebben omdat die collectief opgevangen worden. Dat is een groot probleem, met name voor kleine ziekenhuizen. Zouden we geen aanvullende maatregelen moeten nemen om het voortbestaan van die tien, vijftien kleine ziekenhuizen die nu in de gevarenzone zitten te borgen?

De heer **Rutte** (VVD): Mijn interruptie was niet bedoeld om de heer Van Gerven zijn hele betoog te laten herhalen, hoewel hij wel helder aangaf wat hij vindt op het gebied van kapitaallasten. Het voorbeeld van Medisch Spectrum Twente is wel interessant. Zou het niet kunnen dat Medisch Spectrum Twente gewoon te positief geraamd heeft en dat succesvol beleid inmiddels heeft geleid tot meer substitutie, waardoor er simpelweg minder zorg in ziekenhuizen geleverd wordt? Is dat niet gewoon een goede ontwikkeling?

De heer **Van Gerven** (SP): Er is gewoon afgesproken dat er maximaal 1% volumegroei mag zijn. Of dat gehaald wordt, zal moeten blijken. We moeten dat nog zien. Dit is een politieke afspraak tussen een aantal partijen, maar het is niet afgestemd op de feitelijke behoefte. Die zou bij het ene ziekenhuis namelijk groter kunnen zijn en bij het andere lager. Het betreft een fictief gemiddelde. Ik moet nog zien of dat gehaald wordt. Ik verwacht dat dit in de toekomst grote problemen zal geven. Wij hebben ook al discussie over de nacalculatie: hoeveel geld gaat de Minister terughalen? Misschien kan zij een tipje van de sluier oplichten.
Voorzitter. Ik werd ontzettend onaangenaam verrast door een reclame van Isala Klinieken en krijg graag een appreciatie van de Minister. Isala heeft een advertentie laten plaatsen met de tekst: «Heeft u een budgetpolis bij Zilveren Kruis (Achmea)? Dan kunt u vanaf 1 januari 2016 voor basiszorg niet zonder bijbetaling terecht in Bethesda in Hoogeveen en in het Scheper ziekenhuis in Emmen.» Dat zijn concurrenten van Isala. Vervolgens staat er: u kunt bij ons komen, want bij ons wordt wel alles vergoed. De een zijn dood is de ander zijn brood wordt hier wel erg letterlijk genomen. Is dit het stelsel dat wij willen? Vindt de Minister dat het zo goed is en dat hier ons premiegeld naartoe mag?
De universitaire medische centra (umc's) hebben hun zorgen geuit over het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars. De trend is dat alleen maar hoogcomplexe zorg wordt ingekocht, waardoor de basiszorg, die umc's voor hun onderwijskwaliteit moeten leveren, niet meer wordt ingekocht. Is de zaak in dezen niet doorgeschoten? Hoe kijkt de Minister aan tegen dat vraagstuk?

De **voorzitter**: Rondt u af? U bent door uw tijd heen.

De heer **Van Gerven** (SP): Een laatste punt. Mijn collega Renske Leijten zat gisteravond bij Meldpunt! van omroep MAX. Het ging over het feit dat duizenden gegevens op straat lagen doordat ze door Belgische gedetineerden werden ingescand. Hoe kijkt de Minister daartegen aan? Is zij bereid om de inspectie te verzoeken om alle ziekenhuizen op privacy te controleren en ze onder verscherpt toezicht te stellen als ze het niet goed doen?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. De ziekenhuiszorg in Nederland is van hoog niveau. Het is belangrijk dat die zorg goed blijft en dat

mensen overal in Nederland makkelijk naar een ziekenhuis kunnen en niet ver hoeven te reizen. Het CDA heeft de afgelopen jaren gehamerd op het behoud van goede zorg in krimpregio's. De Minister heeft hierin eindelijk een actievere rol genomen. Eerder heb ik met mevrouw Bouwmeester een motie ingediend die de Minister oproept om criteria te ontwikkelen voor de invulling van de zorgplicht, zodat de Minister kan ingrijpen als de zorgverzekeraar zijn zorgplicht niet goed invult. Zo heeft de Minister ook in Zeeland ingegrepen. In haar brief schrijft de Minister dat deze motie door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zal worden uitgevoerd. Dat is prima, maar wanneer krijgen wij van de Minister een brief waarin staat hoe de NZa bepaalt op welke gronden zij gaat ingrijpen? Verder zei de Minister in een eerder debat over de situatie in Zeeland dat zij daar zelf ingegrepen had, maar nu blijkt bij de uitwerking van deze motie dat de NZa eigenlijk degene is die ingrijpt. Hoe zit het precies met die rolverdeling?

Ik vraag ook aandacht voor de positie van kwetsbare ouderen. De overdracht van patiëntgegevens van kwetsbare ouderen die uit het ziekenhuis ontslagen worden, is nog steeds niet goed geregeld. De inspectie heeft daarover in 2015 een heel stevig rapport uitgebracht waarin stond dat het gewoon niet op orde was. Ook had de inspectie een deadline in dat rapport opgenomen: op 1 januari 2016 zou het allemaal wel in kannen en kruiken zijn. Uit het nieuwe rapport blijkt echter dat dit nog steeds niet het geval is. Welke mogelijkheden heeft de Minister om de ziekenhuizen hier zo snel mogelijk toe te dwingen? Je kunt kwetsbare ouderen namelijk niet in zo'n onvoordelige situatie laten verkeren. De patiëntgegevens zijn van groot belang om deze ouderen na het ontslag uit het ziekenhuis goede zorg te leveren. Het CDA vindt het ook van belang dat de wijkverpleegkundige in het ziekenhuis zo vroeg mogelijk op bezoek kan komen om de overgang van kwetsbare ouderen naar de thuissituatie of de situatie buiten het ziekenhuis zo goed mogelijk te organiseren. Helaas is nog steeds niet duidelijk waar dit precies uit betaald wordt. Kan de Minister daarin wat meer inzicht geven?

De afgelopen periode komen er veel geluiden van ziekenhuisbestuurders en medisch specialisten dat de invoering van de integrale bekostiging niet vlekkeloos verloopt. Wij hebben van de Minister inmiddels verschillende rapporten en scans met allerlei informatie gehad. Het CDA heeft eerder de zorg uitgesproken dat de invoering van medisch specialistische bedrijven tot spanning in de ziekenhuisorganisatie kan leiden. Op welke termijn verwacht de Minister dat deze problemen opgelost kunnen worden?

Voor veel vormen van zorg houdt men zich in Nederland keurig aan de wachttijden en worden de Treeknormen niet overschreven. Opvallend is wel dat de termijnen voor oogheelkunde, allergologie en maag-, darm- en leverziekten langer zijn dan wettelijk mag. In het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit staat een heel mooi plaatje. Daaruit blijkt dat de reistijden en de bijbehorende wachttijden voor allergologie in Groningen en het noorden van het land hartstikke lang zijn. De Minister schreef dat de NZa in gesprek zou gaan met de zorgverzekeraars om deze wachttijden te laten verdwijnen. Die belofte heeft zij ergens halverwege vorig jaar gedaan. Welke afspraken zijn er nu precies gemaakt?

Van het St. Anna Ziekenhuis in Geldrop zijn 5.600 patiëntbestanden 33 dagen lang toegankelijk geweest voor onbevoegden; de heer Van Gerven had het daar ook al over. Het lek is gedicht doordat Meldpunt! van MAX erop wees. Medische gegevens mogen nooit en te nimmer op straat liggen. De manier waarop dit gegaan is, is knulligheid ten top! Wat doet de Autoriteit Persoonsgegevens hieraan? Hoeveel ziekenhuizen lopen eenzelfde risico?

Ik kom tot een afronding en heb nog een vraag die ook in het kader van de ziekenhuiszorg gesteld kan worden. Er is sprake van een griepepidemie. Ik krijg de eerste geluiden dat behoorlijk veel kwetsbare ouderen weer in het ziekenhuis worden opgenomen omdat op deze variant vaak een longont-

steking volgt. Klopt dat? Is voldoende bekend wanneer mensen zich bij hun huisarts moeten melden, als zij die variant hebben?

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Mevrouw Bruins Slot zei het al: de ziekenhuiszorg in Nederland is van hoog niveau. Daar mogen we best een beetje trots op zijn! Wij vragen veel van ziekenhuizen. Wij hebben grote veranderingen doorgevoerd, zoals de integrale bekostiging. Wij hebben het afgelopen jaar ook weer veranderingen doorgevoerd in de DOT-structuur, ook al denken wij van niet: wij hebben hoog, midden en laag ingevoerd. Daarmee storten wij heel wat regeldruk uit over ziekenhuizen. Daar zet ik af en toe ook wel vraagtekens bij, vooral bij alle wijzigingen die wij in de DOT-structuur hebben doorgevoerd. Al die wijzigingen hebben goede bedoelingen, maar ik denk dat het verstandig is om het dit jaar, en misschien ook de komende jaren, rustig aan te doen om ziekenhuizen de rust en de ruimte te geven om alles te implementeren.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik herken het punt van de heer Rutte dat de verkorting van de DOT-structuur ziekenhuizen voor problemen heeft gesteld. Vorig jaar hebben wij de Minister duidelijk gevraagd of de invoering voor problemen zou zorgen. Het antwoord was toen: nee, dit kunnen ziekenhuizen aan. Ik vind het ook heel jammer dat dit veel van ziekenhuizen vergt, maar had de heer Rutte vorig jaar wel voorzien dat dit problemen zou opleveren?

De heer **Rutte** (VVD): Iedere verandering in de declaratiestructuur leidt tot nieuwe uitdagingen bij ziekenhuizen en verzekeraars, tot veranderingen in de administratie. De verkorting tot 120 dagen was een wens die ook de VVD deelde. Af en toe heb je politieke wensen waardoor je vindt dat iets toch moet. Ik heb de verkorting dus van harte gesteund. De verandering in hoog, midden en laag hebben wij niet gesteund, ook inhoudelijk niet. Die leidt tot extra administratieve lasten. Daar heb ik toen ook voor gewaarschuwd. Anderen vonden echter dat die verandering toch moest worden doorgevoerd. Dit gebeurt dus vaker. Wij kunnen ook politieke wensen hebben, maar ik vind wel dat wij hier ook voor moeten hebben. Als mevrouw Bruins Slot dat ook heeft, zijn wij het hierover eens.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De vraag die hier achter zit, is of er in de voorbereiding wel mogelijkheden waren geweest om te voorzien dat die verkorting naar 120 dagen problemen zou opleveren, los van de wens om dit te doen. Hadden ziekenhuizen al twijfels? Dachten zorgverzekeraars al dat dit ze een heleboel moeite zou kosten? Ziet de heer Rutte mogelijkheden om zulke informatie voortaan beter op tafel te krijgen, zodat zo'n beslissing weloverwogen genomen kan worden?

De heer **Rutte** (VVD): Die informatie ligt op tafel. We weten dat iedere verandering leidt tot enorme administratieve druk in ziekenhuizen en bij verzekeraars, ook als wij denken dat het een kleine verandering is. Daarvan moeten wij ons bewust zijn. Dat betekent niet dat we zo'n beslissing niet zouden mogen nemen, maar wel dat wij steeds opnieuw moeten afwegen wat wij ermee bereiken en welk probleem wij in de administratie veroorzaken. Ik zou nog steeds voor die 120 dagen hebben gekozen, maar het is nu wel tijd voor rust. We zouden de komende tijd niet steeds weer dit soort beslissingen moeten nemen. Ik denk dat het CDA en de VVD het op dat punt behoorlijk eens zijn.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat klopt. Laat ik het zo zeggen: wij bepalen ieder apart onze koers. Maar het kan natuurlijk nooit kwaad dat de heer Rutte een keer een gezamenlijkheid ziet.

De heer **Rutte** (VVD): Dat geeft weer een buitengewoon goed gevoel, zoals ook de kwaliteit van de medisch specialistische zorg in Nederland nog steeds een heel goed gevoel geeft. Ik ben onder de indruk van de professionaliteit in de tweedelijnszorg en van de drive om steeds verder te professionaliseren. Een bekend voorbeeld, dat ik vaker genoemd heb, is het traject Meetbaar Beter. Dat is ooit begonnen door enthousiaste cardiologen in het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven. Inmiddels is het uitgerold in alle cardiologische centra in Nederland. Iedere dag opnieuw wordt er zo voor gezorgd dat de zorg voor de patiënt steeds beter wordt. Indrukwekkend!
Tegelijkertijd steunt de VVD van harte het streven om meer te sturen op substitutie. Medisch specialistische zorg is hartstikke goed voor die persoon die gespecialiseerde zorg nodig heeft, maar de zorg die bij en rondom de huisarts kan worden geleverd in de eerstelijns- en anderhalvelijnszorg, moet ook daadwerkelijk daar geleverd worden. Wij zien wel getallen waaruit blijkt dat het de goede kant op gaat, maar ik hoor in gesprekken met ondernemende huisartsenpraktijken nog te vaak dat de zorgverzekeraars zeggen dat ze best die extra zorg mogen leveren, maar dat ze er als huisartsen dan zelf voor moeten zorgen dat het ziekenhuis die zorg niet meer levert. Dat kan een huisarts nauwelijks voor elkaar krijgen. Het is essentieel dat een verzekeraar de regie over substitutie neemt en dus de huisarts in staat stelt om de zorg te leveren, maar vervolgens ook de durf heeft om die zorg niet meer in een ziekenhuis in te kopen, ook als partijen vervolgens gaan roepen dat dit een schande is omdat het ziekenhuis daardoor krimpt. Het is echter ook een maatschappelijke wens dat we in ziekenhuizen alleen die zorg leveren die nodig is. Mijn analyse – maar ik hoor graag hoe de Minister hierover denkt – is dat verzekeraars om dit te faciliteren veel vaker meerjarige contracten zullen moeten aanbieden aan ziekenhuizen. Je kunt namelijk niet in één jaar de stap zetten van zorg wel leveren naar zorg niet leveren; dan gaat je bedrijfsvoering onderuit. Als verzekeraars meerjarige afspraken met ziekenhuizen en met huisartsen maken, moet de ambitie op het gebied van substitutie toch fors omhoog kunnen.
Is de Minister in dat kader ook bereid om nog eens naar de mogelijkheden van een zelfstandige betaaltitel voor de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn te kijken? Ik ben onlangs in Velp geweest, waar dat met experimenteergelden al gerealiseerd is. De resultaten daar zijn behoorlijk indrukwekkend. In een zeer sterk vergrijzende bevolking met een hoge complexeziektenlast kunnen patiënten daar veel langer thuis gehouden worden. Als ze al naar het ziekenhuis gebracht worden, gaan ze eerst langs een geriater. Zo wordt in goede afstemming voorkomen dat kwetsbare patiënten keer op keer worden blootgesteld aan hooggespecialiseerde zorg waar ze eigenlijk niet meer vreselijk veel aan hebben. Vandaar mijn verzoek om naar de zelfstandige betaaltitel te kijken.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Met dat laatste punt ben ik het helemaal eens en ook de wens om tot meer substitutie te komen, deelt de Partij van de Arbeid helemaal. De heer Rutte legt de vinger op de zere plek: zorgverzekeraars nemen te weinig regie. We roepen al jaren dat we substitutie willen, met eenvoudige, kleinschalige zorg dicht bij huis waar dat kan en opschalen naar ziekenhuizen waar dat moet. Wat moet er volgens de heer Rutte gebeuren als zorgverzekeraars die regiefunctie aantoonbaar niet op zich nemen? Ze hebben namelijk al gezegd dat ze het niet doen en dat ze de regie terug bij de Minister leggen. Wat moet er volgens de heer Rutte gebeuren?

De heer **Rutte** (VVD): Ik weet dat mevrouw Bouwmeester die laatste opmerking vaker gemaakt heeft, maar volgens mij is dat een verdraaiing van een uiting van één verzekeraar die wel degelijk de regie neemt in de inkoop. Het is ook van belang dat verzekeraars regionaal bekijken hoe de

zorg goed kan worden georganiseerd. Er moet een goede balans worden gevonden tussen datgene wat echt in ziekenhuizen moet plaatsvinden, wat van heel hoge kwaliteit is, en datgene wat in de eerste lijn kan plaatsvinden. Ik roep de Minister op om zich hierover uit te spreken. Kunnen verzekeraars niet meer worden aangezet om meerjarige contracten met ziekenhuizen te sluiten en tegelijkertijd goede afspraken met de huisartsen te maken om de substitutie op gang te krijgen? Ik denk dat de Partij van de Arbeid en de VVD het in ieder geval op dat punt eens zijn.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): We zijn het nog steeds eens, maar ik heb nog steeds geen antwoord gehad op de vraag wat wij moeten doen als zorgverzekeraars dit niet uit zichzelf gaan doen. Hebben wij dan voldoende instrumenten? Welk instrument moet er worden ingezet om zorgverzekeraars hiertoe aan te zetten als de herhaalde oproep van de Minister, die zij al heel vaak heeft gedaan, nog steeds niet blijkt te werken?

De heer **Rutte** (VVD): Ik zal antwoorden terwijl ik doorga met mijn betoog; ik denk dat dat kan. Een van de instrumenten waaraan de VVD denkt, is het volgende voorbeeld dat mij via zorgverzekeraars bereikt heeft. Op sommige plekken in Nederland is er behoorlijke concurrentie tussen ziekenhuizen. De zorgverzekeraars zeggen: als wij daar inkopen op goede kwaliteit of als wij daar zorgen voor substitutie, krijgen wij dat voor elkaar en kunnen wij goede afspraken maken. Er zijn ook regio's waar ziekenhuizen bijna een monopolie hebben. Als verzekeraars daar afspreken dat ze aan substitutie gaan doen, dat ziekenhuizen die zorg niet meer leveren maar dat die naar de eerste lijn gaat, dan zeggen de ziekenhuizen: akkoord, maar dan verhogen wij gewoon de prijs voor wat wij nog wel doen, want wij moeten de begroting nou eenmaal rond krijgen. Is de Minister bereid om op die plekken waar dominantie van één ziekenhuis kan zijn, de NZa te vragen om eventueel te gaan werken met maximumprijzen om ervoor te zorgen dat substitutie wel degelijk kan plaatsvinden en niet direct wordt weggesmeerd in hogere prijzen? Volgens mij is dat een van de maatregelen die de Minister via de NZa zou kunnen nemen om ervoor te zorgen dat verzekeraars substitutie ook echt er hand kunnen nemen, zodat het maatschappelijk goed landt.
Dat raakt aan mijn laatste punt. Onlangs heb ik in het AO Kwaliteit loont een punt gemaakt van eventuele afspraken tussen ziekenhuizen onderling gedurende de contracteerronde. Daar zou de Autoriteit Consument & Markt naar kijken. Ik ben benieuwd of de ACM dat onderzoek met verve ter hand heeft genomen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik meende zowaar wat socialistische tendensen te bespeuren bij collega Rutte. Het wordt nog wat!
Ik heb in mijn betoog gezegd dat kleine ziekenhuizen in Nederland het moeilijk hebben. Een op de vijf ziekenhuizen zit in de problemen, zo blijkt uit de BDO-benchmark. Hoe ziet de heer Rutte dat? Wat is volgens hem de oplossing om die ziekenhuizen overeind te houden, in het kader van de maatschappelijke waarde die zo'n ziekenhuis in een bepaalde regio vervult?

De heer **Rutte** (VVD): Ik ben sociaal zeer bevlogen, maar ik ben niet gauw een socialist. Die twee dingen hoeven namelijk niet bij elkaar te horen. Sterker nog, als liberaal denk ik daar heel anders over, maar de heer Van Gerven zal daarover ook weer zijn ideeën hebben.
De VVD ziet een ziekenhuis niet als een regionale instelling die de overheid in elke regio moet garanderen. De VVD vindt wel dat medisch specialistische zorg van voldoende kwaliteit voor iedereen op een bereisbare afstand aanwezig moet zijn. Wij gaan uit van de zorg. Dat betekent in de praktijk dat sommige kleine ziekenhuizen een cruciale

functie in de regio vervullen, omdat de zorg daar in het kader van de zorgplicht in de benen moet blijven. Op die plekken heeft de verzekeraar een bijzondere verplichting om ervoor te zorgen dat die zorg geleverd kan blijven worden. Dat zien we in de praktijk gebeuren, op plaatsen waar dit gevoelig is. Dat staat los van het feit dat ieder ziekenhuis uitdagingen in de eigen bedrijfsvoering kan hebben.

De heer **Van Gerven** (SP): Nou doet de heer Rutte precies wat de Minister ook altijd doet sinds zij Minister is: het hele probleem reduceren tot de stelling dat je binnen 45 minuten een bepaald ziekenhuis moet kunnen bereiken. Wat kopen de mensen in Leidschendam daarvoor? Wat hebben de mensen in Woerden daaraan? Wat kopen ze voor zo'n beleid? Natuurlijk kunnen ze naar Utrecht, naar Leidsche Rijn of naar Den Haag, maar daarmee worden een sociale structuur en een bereikbaarheidsstructuur doorbroken. Dat is niet wenselijk. Het gaat er namelijk niet om dat de kwaliteit daar onvoldoende of niet goed is. Door bepaalde mechanismen, door de invloed van verzekeraars, vindt een concentratie plaats die de samenleving niet wenselijk acht. De heer Rutte gaf zelf net een voorbeeld van noodzakelijk overheidsingrijpen: soms moeten maximumtarieven worden ingesteld. Is overheidsingrijpen hier niet noodzakelijk om de kleine ziekenhuizen volwaardig overeind te houden? Daar wordt in Leidschendam en Woerden heel nadrukkelijk om gevraagd.

De heer **Rutte** (VVD): Het voorbeeld van de heer Van Gerven vind ik persoonlijk wat ongelukkig, want ik kan mij niet aan de indruk onttrekken dat de inwoners van de plaatsen die hij net noemde, in de regio op voldoende bereisbare afstand toegang hebben tot heel goede zorg. Daar staat de VVD voor, dat die heel goede zorg op bereisbare afstand beschikbaar is. Er zijn echter ook regio's waar die goede zorg onder druk kan staan, bijvoorbeeld in Oost-Groningen. Het is ontzettend belangrijk dat de dominante verzekeraar daar langjarig in heeft geïnvesteerd, zodat er nieuwbouw van de Ommelander Ziekenhuis Groep kan plaatsvinden, met verhoogde tarieven vanwege die eerder genoemde zorgplicht. Essentieel is dat mensen ook in kwetsbare regio's wel degelijk toegang hebben tot goede zorg. Daarvoor moeten wij niet zomaar overal instellingen in de benen houden, omwille van de sociale structuur. Daar zijn wij niet van. Maar waar de regionale zorg onder druk staat, moet worden opgetreden en moeten mensen hun verantwoordelijkheid nemen. Als verzekeraars dat niet doen, moet de NZa daadwerkelijk ingrijpen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. De zorg in ziekenhuizen verandert en verbetert met de dag. Daar mogen we heel trots op zijn. Deze ontwikkelingen vragen echter wel om een andere organisatie en financiering van de zorg. Dat geldt in brede zin, maar ook specifiek voor ziekenhuizen. Het aantal ligdagen neemt af, slimme interventies maken ingrijpende behandelingen overbodig en in toenemende mate is sprake van netwerkzorg buiten het ziekenhuis. Dit zorgsysteem is gericht op de bekostiging van het bestaande aanbod in het ziekenhuis. Elke innovatie die leidt tot minder zorg in het ziekenhuis, levert meteen een financieel probleem op en een perverse prikkel tot het vullen van bedden. Dit leidt tot maximale zorg in plaats van optimale zorg en het blokkeert innovatie en substitutie. Daarom zijn een visie en een plan van aanpak nodig voor het ziekenhuislandschap in 2025. Waar staan wij dan? Hoe zorgen wij ervoor dat wij een aanbod hebben dat aansluit bij de nieuwe zorgvraag? Wij willen daarin terugzien welke oplossing er is voor het vastgoed dat moet worden afgeschreven, aangezien het aantal ziekenhuisbedden volgens de prognose zal dalen. Waar is nieuwbouw en uitbreiding nodig, gezien deze prognose? Hoe wordt daarop gestuurd? Wat vindt de Minister van het idee om substitutie te stimuleren door die te belonen shared

savings die naar eigen inzicht kunnen worden ingezet voor kwetsbare mensen die extra aandacht en zorg nodig hebben?
Patiëntenfederatie NPCF doet de oproep om het overdragen van kwetsbare ouderen na opname uit een ziekenhuis te verbeteren. Wij ondersteunen deze oproep. Hoe gaat de Minister hierop sturen? Neemt zij de suggestie van de ANBO over om de positie van de mantelzorger te verduidelijken en te versterken? Wij hebben er bij de begrotingsbehandeling al op gewezen dat er voldoende opvang moet zijn voor kwetsbare mensen en ouderen die uit het ziekenhuis komen, maar niet meteen naar huis gaan. Er is vaak geen plek. De Minister heeft toegezegd dat zij daarnaar zou gaan kijken. Wat is de stand van zaken? Wat is er gedaan om de zogeheten verkeerdebeddenproblematiek tegen te gaan?
Ik kom nu op de patiënt. Er zijn heel goede voorbeelden van ziekenhuizen die zorg en dienstverlening organiseren vanuit het patiëntbelang. Ze zeggen niet alleen dat de patiënt centraal staat, maar stellen de patiënt daadwerkelijk centraal. Denk aan voeding à la carte, omdat mensen daardoor beter eten en sneller aansterken, aan een persoonlijk gezondheidsdossier, zodat je als patiënt in realtime inzage hebt in je eigen dossier, wat de betrokkenheid vergroot. Denk ook aan de mogelijkheid om online afspraken maken, waardoor je meer regie hebt over het moment waarop je naar de dokter kunt, en aan patiëntgericht informeren via beeld in plaats van lappen tekst op folders. Het zijn heel mooie, goede innovaties, die uitgaan van de vraag van de patiënt. Het zijn echter nog uitzonderingen. Het is geen algemene werkwijze. Hoe gaat de Minister hierop sturen? Gebleken is dat het niet vanzelf gaat, dat andere belangen dan dit patiëntbelang centraal staan in het ziekenhuis. Wie komt er op voor de patiënt? Zorgverzekeraars doen het namelijk ook niet. En wat is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars in dezen?
De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft de ontwikkeling van het medisch specialistisch bedrijf (msb) «de Fyra van de zorg» genoemd. Marcel Daniëls heeft gezegd dat de ontwikkeling van het medisch specialistisch bedrijf ten koste van de kwaliteit is gegaan; het ging over de positie en het inkomen van dokters, niet over samenwerken, afstemmen en betere zorg in het ziekenhuis. Hoe ziet de Minister de toekomst voor zich? Gaan we ons nu richten op kwaliteit en liefst ook de loondienst van artsen? Of blijft deze soap rondom het inkomen gaande?
De kwaliteitsinfo laat helaas nog te wensen over. Nog steeds is voor patiënten onduidelijk naar welk ziekenhuis zij het beste kunnen gaan als zij zorg nodig hebben. Ik heb zelf onlangs bedacht dat ik eens wilde uitzoeken in welk ziekenhuis je het beste kunt bevallen, maar ik kon het niet vinden, ondanks de bakken aan beschikbare data. Gelukkig was er een private mevrouw die dit heeft uitgezocht. Zij heeft een boek geschreven, De power patiënt, en kon mij dit vertellen. Dat is hartstikke mooi, maar het is natuurlijk gek dat niemand in de reguliere zorg mij dat kan vertellen, ondanks navraag, en dat die informatie er op particulier initiatief wel komt. Waar wel cijfers bekend zijn, bijvoorbeeld over het aantal behandelingen in een ziekenhuis, worden ze verdraaid omdat patiënten anders misschien weg zouden kunnen lopen, zo was onlangs te lezen in een rapport van de IGZ. Wat is het oordeel van de Minister hierover? Wie komt er op voor de patiënt?

Mevrouw **Klever** (PVV): Mevrouw Bouwmeester zei aan het begin van haar betoog dat het zo goed gaat en dat het aantal ligdagen afneemt. Hoe komt zij daarbij? Ik heb hier een rapport van Ernst & Young waaruit blijkt dat het aantal opnames afneemt, maar dat het aantal ligdagen toeneemt. Met andere woorden, mensen blijven in feite langer in het ziekenhuis. Vindt mevrouw Bouwmeester dat geen zorgelijke ontwikkeling?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Laat ik voorop stellen dat mensen zo lang in een ziekenhuis moeten liggen als nodig is. Ik doelde op het feit dat

mensen in de jaren zeventig gemiddeld zestien dagen in een ziekenhuis lagen, terwijl dat nu gemiddeld vijf dagen is. Nu kun je veel vaker poliklinisch geopereerd worden en dan na één dag naar huis. Dat vinden wij heel goed. Dat is een verdienste van de dokters, de ziekenhuizen, de verpleegkundigen en de zorg daarbuiten, die allemaal samenwerken voor de patiënt. Daar doelde ik op; dat is de context van mijn opmerkingen aan het begin.

Mevrouw **Klever** (PVV): Nou begrijp ik het. Mevrouw Bouwmeester kijkt wel erg ver terug; ik kijk gewoon naar de afgelopen jaren en zie dat het aantal ligdagen toeneemt. Een van de redenen zou kunnen zijn dat de uitstroom stokt doordat er geen thuiszorg is. Wat vindt mevrouw Bouwmeester daarvan?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Naast deze algemene trend zie je inderdaad de trend van mensen die bijvoorbeeld langer onnodig in een ziekenhuis blijven omdat de zorg aan huis niet is geregeld. Daarom heb ik daarover bij de begrotingsbehandeling drie kritische vragen aan de Minister gesteld en herhaal ik die nu weer. Ook doen zich zaken voor als de verkeerdebeddenproblematiek. Helaas is een ziekenhuis heel vaak een last resort. Dat is mooi, want een ziekenhuis neemt iemand altijd op en zorgt ervoor dat iemand zorg krijgt. Mensen liggen daardoor niet ziek onder een brug. Het is echter niet de bedoeling dat iemand die in een gespecialiseerde instelling hoort, in een ziekenhuis belandt omdat op vrijdagmiddag niemand die patiënt kan helpen. Dan staat het organisatiebelang of de financiering centraal. Ik weet niet wat er dan aan de hand is, maar het gaat niet meer om de patiënt. Mevrouw Klever heeft groot gelijk dat dit opgelost moet worden. De Minister heeft hierover bij de begrotingsbehandeling een mooie toezegging gedaan. Wat is nu de stand van zaken?

De heer **Van Gerven** (SP): Ik ben benieuwd wat het PvdA-standpunt is over het betoog van de heer Rutte. Ik had met hem een interruptiedebatje over de kleine ziekenhuizen die in de problemen zijn. De heer Rutte stelt voor om niets te doen, conform zijn liberale uitgangspunten, en de markt zijn werk te laten doen. Hoe staat de Partij van de Arbeid daarin? Moet de overheid op een of andere manier regulerend optreden om te voorkomen dat alle kleine ziekenhuizen failliet gaan?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De overheid moet ervoor zorgen dat mensen de noodzakelijke zorg krijgen, de zorg die bij hen past. Zij moet er ook voor zorgen dat mensen daar wat over te zeggen hebben. Een ziekenhuis is een middel; het is eigenlijk een interventiecentrum. Het merendeel van de zorg wordt verleend buiten het ziekenhuis om. Wij richten ons nu heel erg op het ziekenhuis en op het vullen van bedden. Dat klinkt misschien een beetje denigrerend, maar zo bedoel ik het niet. Dit financieringssysteem is echter gericht op het vullen van bedden, terwijl dokters niets liever willen dan samenwerken met andere zorgorganisaties buiten het ziekenhuis om, zodat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen, goede voorzorg krijgen, kort worden opgenomen en thuis nazorg krijgen. Dat moet allemaal ontwikkeld worden en vraagt heel veel van het zorgveld. Het vraagt ondersteuning van het ziekenhuis om de gaten goed op te vullen en het vraagt voldoende capaciteit van de eerste lijn om zorg aan huis te kunnen bieden. Dat is de ontwikkeling die wij voorstaan. Het gaat niet om de vraag of een gebouw blijft bestaan. Het gaat om de zorginfrastructuur, die in bijvoorbeeld landelijke gebieden heel kwetsbaar is. Daarover ben ik het met de heer Van Gerven eens. Daarom hebben wij samen met het CDA een motie ingediend die de Minister oproept om uit te zoeken hoe je die zorgvoorzieningen overeind kunt houden en hoe je ervoor kunt zorgen dat de partijen elkaar daar vinden.

Het gaat namelijk niet om onwil. Het zijn allemaal hardwerkende mensen. Ze moeten hierin wel gesteund en gestimuleerd worden. Waar dat noodzakelijk is, moeten ze worden aangespoord door de Minister.

De heer **Van Gerven** (SP): Dat was een algemeen verhaal, maar laten we het concreet maken. Vindt de PvdA dat de overheid regulerend moet optreden om ervoor te zorgen dat het ziekenhuis in Woerden volwaardig overeind blijft en dat het ziekenhuis in Leidschendam een spoedeisende eerste hulp, een huisartsenpost enzovoort houdt? Wil zij ook voorkomen dat die ziekenhuizen het loodje leggen door de belangen van anderen, dus niet die van de bevolking en de samenleving?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat ligt helemaal aan wat er aan de hand is met een ziekenhuis. Wij hebben gezien dat mensen in Dokkum niet eens meer naar de eerste hulp van het ziekenhuis gingen. Ze dachten: dit ziekenhuis is van mindere kwaliteit dan het ziekenhuis een halfuur verderop, dus ik ga liever daarheen, want ik heb liever een anderhalvelijnscentrum met nachtbedden waar ik snel heen kan. Daarover hebben wij in de Kamer ook gesproken en het is goed opgelost. Die mensen hebben namelijk de zorg die zij nodig hebben en die bij hen past. Dat kan in andere ziekenhuizen ook zo zijn. Als bepaalde behandelingen in Woerden bijvoorbeeld te weinig worden uitgevoerd, waardoor de kwaliteit daalt, heb ik liever dat mensen een halfuur reizen en dat wij zo garanderen dat zij de noodzakelijke zorg krijgen dan dat wij iets overeind houden wat niet goed is. Wel vinden wij het heel belangrijk dat van tevoren goed wordt overlegd met cliënten, patiënten, medewerkers en alle betrokkenen. Dat is in Woerden niet helemaal goed gegaan. Je moet met elkaar bekijken hoe je de bestaande zorg kunt vervangen, zodat mensen nog steeds zeker weten dat ze krijgen wat ze nodig hebben.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. De ziekenhuiszorg wordt elk jaar complexer. We zitten opgescheept met een voor patiënten volkomen ondoorzichtig declaratiesysteem, de DOT (dbc’s Op weg naar Transparantie), een systeem dat ondanks deze naam helemaal niet transparant is. Neem een consult van ongeveer tien minuten bij een kinderarts in een ziekenhuis, zonder aanvullende onderzoeken. Het duurt een jaar voordat hiervan een rekening opduikt! Hierbij maak ik even de kanttekening dat de verkorting van de doorlooptijd van 365 naar 120 dagen het systeem eerder complexer dan simpeler heeft gemaakt, zo complex dat hiervoor opnieuw een expertgroep moest worden opgericht; maar dat terzijde. Het bedrag op de rekening is dan een zogenaamd gemiddelde van alle consulten, waarbij alle mogelijke extra’s zijn opgenomen. Welke extra’s dit zijn, kan niemand in het ziekenhuis uitleggen, maar het bedrag van € 327 is wel marktconform. Waarom een consult bij een kinderarts in België dan maar € 50 kost, is mijn fractie een raadsel. Als wij hier in Nederland zo veel meer moeten betalen, maak dan duidelijk waar die extra kosten in zitten! Ik wil dit gewoon eens tot op de cent uitgelegd krijgen. Kan de Minister daarvoor zorgen?
Met de nieuwe samenwerkingsmodellen tussen specialisten en ziekenhuizen wordt het nog ingewikkelder. De quickscan laat zien dat nu dermate complexe organisatiestructuren zijn ontstaan dat ze een risico voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis kunnen vormen. Hoe kunnen wij dit laten gebeuren? Het afgelopen jaar heerste in ziekenhuizen een ongekend verziekte werksfeer. Chirurgen hadden ruzie in het LUMC. Op de kno-afdeling van UMC Utrecht heerst een angstcultuur. ZorgSaam zat met conflicten tussen anesthesiologen. Het Catharina Ziekenhuis zat met de dermatologenkwestie. Stuk voor stuk zijn dat voor patiënten zeer bedreigende situaties. Ik vind het teleurstellend dat er zo weinig animo is om over te stappen naar loondienst en dat financiële motieven bij de

specialisten blijkbaar leidend zijn. Kwaliteit en patiëntveiligheid raken zo steeds verder achterop.
De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen ziet nog een ander risico voor de bestuurbaarheid van ziekenhuizen: de doorstroom van de bestuurders stagneert doordat zij te weinig verdienen. Zesmaal modaal is niet genoeg. Blijkbaar halen deze bestuurders hun voldoening niet uit hun maatschappelijke inzet en goede zorg voor de medemens, maar uit de stortingen op hun bankrekening. Het is daarom een grote schande dat de eerste uitzondering op de WNT2, de wet die het bezoldigingsmaximum uit de Wet normering topinkomens verlaagt, is toegekend aan de bestuursvoorzitter van UMC Utrecht. Zij mag het maximale inkomen overschrijden. Terwijl overal banen in de zorg verdwijnen, bezuinigingen doorgevoerd worden en spoedeisendehulpposten worden gesloten, weet de top zich weer te verrijken. Hoeveel uitzonderingen gaan er nog volgen? Hoeveel zin heeft een wet als er gelijk al van afgeweken wordt? De PVV-fractie vindt dit volkomen ongeloofwaardig en eist strikte handhaving van de WNT2. Graag een reactie!
in 2014 waren er minder klinische opnames bij de umc's en topklinische ziekenhuizen, zo blijkt uit het rapport van de Logistieke Barometer Nederlandse Gezondheidszorg van Ernst & Young. Dat lijkt misschien gunstig, want het kan duiden op een verschuiving naar de eerstelijnszorg, maar het aantal klinische ligdagen nam toe. Is dat om de vermindering van het aantal opnames te compenseren? Worden patiënten daarom langer vastgehouden in het ziekenhuis? Of komt het doordat patiënten niet kunnen uitstromen omdat er geen thuiszorg geregeld is? De Minister zal het toch met mij eens zijn dat dit hoe dan ook geen gunstige ontwikkeling is. Hetzelfde zien wij bij de polikliniekbezoeken. Het aantal patiënten op de poliklinieken neemt af, maar het aantal herhaalbezoeken neemt toe. Gebeurt dat om de daling van het aantal patiënten op te vangen? Laten ze patiënten daarom nog een keer ter controle terugkomen, omdat elk consult tenslotte weer € 327 in het laatje brengt? Wat vindt de Minister van deze ontwikkeling? Wat is de reactie van de Minister op het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, waaruit blijkt dat ziekenhuizen meer operaties melden dan ze uitvoeren? Is dat gesjoemel om een bepaalde volumenorm te halen? Dan is dat opnieuw bewijs dat niet de kwaliteit en de patiëntveiligheid vooropstaan, maar de eigen bankrekening.
De PVV-fractie verbaast zich over het rapport Discoursanalyse rechtmatige zorg. Dit rapport beschrijft de context waarin het debat over zorgfraude zich afspeelt. Waarom heeft het ministerie hiertoe opdracht gegeven? Wat wilt de Minister met het rapport bereiken? Het wekt bij mijn fractie sterk de indruk dat hiermee het thema zorgfraude ontkracht of afgezwakt moet worden. Dat kan toch niet de bedoeling zijn? Graag een reactie.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Mevrouw Klever maakt zich terecht boos over het IGZ-rapport waaruit blijkt dat er wordt gesjoemeld met volumenormen om te voorkomen dat patiënten niet naar een ziekenhuis gaan. Men verandert wat aan de cijfers en misleidt zo patiënten om ze binnen te halen. Mevrouw Klever noemt het sjoemelen, maar vindt ze het niet gewoon misleiding, als de toezichthouder constateert dat je de cijfers anders voorstelt dan ze zijn?

Mevrouw **Klever** (PVV): Sjoemelen, misleiden? Ja. Het is maar net welk labeltje je erop wilt plakken. Uit het inspectierapport blijkt bijvoorbeeld dat het Medisch Centrum Haaglanden, Bronovo en het Groene Hart Ziekenhuis 222 longingrepen hebben aangegeven terwijl ze er in werkelijkheid maar 74 hebben uitgevoerd. Dat kan natuurlijk niet. Was dat om de volumenormen te halen? Zo ja, dan is dat misleiding om patiënten te lokken en te doen alsof je de volumenormen haalt, terwijl dat niet het geval is.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dan zijn we het daarover eens. Ik ben benieuwd wat de toezichthouder, die goed werk heeft verricht door dit op te sporen, vervolgens als sanctie gaat stellen. Het moet een voorbeeld voor de rest zijn, waaruit blijkt dat dit niet voor herhaling vatbaar is.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik wil ook graag de reactie van de Minister hierop. Ik ben het met mevrouw Bouwmeester eens dat de toezichthouder heeft verricht door dit bloot te leggen. Nu de volgende stap nog!

De vergadering wordt van 10.45 uur tot 10.55 uur geschorst.

Minister **Schippers**: Voorzitter. De Nederlandse ziekenhuizen doen het goed. Er zijn de afgelopen jaren veel verbeteringen gerealiseerd in de resultaten en de kwaliteit. Het aantal overlijdensgevallen bij complexe operaties is bijvoorbeeld gedaald. De kwaliteit is inzichtelijker geworden. Het gaat moeizaam, want het is een heel ingewikkeld proces, maar het gaat wel gestaag. Men neemt snel innovaties over en doet meer voor minder geld. Ik sluit mij aan bij de woorden van mevrouw Bouwmeester: een ziekenhuis is geen doel, maar een middel. Ik vind het heel belangrijk dat ziekenhuizen meer en meer gaan samenwerken met de eerste lijn en bekijken waar de zorg het beste geleverd kan worden. Shared savings kunnen daaraan een enorme impuls geven, maar dat kan in het huidige systeem ook al. Je kunt nu al shared savings met elkaar afspreken. Dan is men veel beter gemotiveerd om de zorg op de juiste plaats te leveren, want kan er dan financieel iets aan overhouden in plaats van in te moeten leveren. Wij hebben ook het meekijkconsult ingevoerd. Er zijn de afgelopen jaren slagen gemaakt in de ketenzorg. Kortom, het gaat best goed.
Dat betekent echter niet dat we achterover kunnen leunen. Ik begrijp de oproep om rust in het veld te houden heel goed. Maar laat ik eerlijk zijn, ik moet wel informatie hebben op basis waarvan ik betere besluiten kan nemen. De dbc-verkorting heeft weliswaar een heleboel gedoe veroorzaakt omdat die weer een administratieve omslag inhield, maar tegelijkertijd is de Kamer met mij van mening – tenzij dat opeens veranderd is – dat we toch echt eerder dan t+2 of soms zelfs t+3 informatie moeten hebben op basis waarvan wij kunnen sturen. De dbc-verkorting was in het kader van de informatievoorziening dus onontbeerlijk. Wij zijn heel goed in innovatie. Wij hebben veel internationaal bekende artsen en wij hebben een systeem dat heel adaptief is voor innovaties. De afgelopen week heb ik echter weer geleerd dat wij het op het gebied van standaardisering helemaal niet goed doen in Nederland. Er zijn heel veel landen die dat veel beter doen. In Duitsland kan er door privacywetgeving heel veel niet, maar doordat de standaardisering daar veel groter is kan men daar juist veel beter onderzoek doen. Standaardisering is en blijft dus een aandachtspunt voor Nederland om verbeterslagen te maken.
Een aantal leden vroeg mijn mening over het medisch specialistisch bedrijf. Ik heb altijd aangegeven dat dit wat mij betreft een tijdelijk model is. Ik vind dat een participatiemodel en een loondienstmodellen de eindmodellen zijn waar wij naartoe moeten. De vergroting van het aantal investeringen in ziekenhuizen vind ik een belangrijk aandachtspunt. Ik heb daarover niet voor niets een wetsvoorstel gemaakt. De kapitaallasten voor ziekenhuizen zijn soms heel ingewikkeld. Hoe meer risico je loopt, hoe meer rente de bank vraagt. Dat is logisch. De bank is een private, op winst gerichte organisatie. Maar dan is het wel belangrijk dat ziekenhuizen hun eigen vermogen kunnen aansterken, dat het groter wordt, zodat ze een betere positie krijgen. Juist voor kleine ziekenhuizen is de vergroting van investeringsmogelijkheden dus cruciaal.
Tot slot wil ik in mijn inleiding iets zeggen over contractering. Wij hebben nergens opgeschreven dat er ieder jaar een circus rondom contractering moet ontstaan. Dat staat nergens in de wet. Toch doen wij het ieder jaar.

Het is echt onbegrijpelijk waarom wij niet veel vaker langjarige contracteringen zien, waarbij ook oog is voor de transitie in de zorg die moet plaatsvinden. Een aantal leden heeft het over die aspecten gehad: meer naar de eerste lijn, substitutie, soms veel meer zorg in de wijken en zelfs thuis in plaats van in het ziekenhuisgebouw. Die transitie kun je veel beter maken met langjarige contracten. Het geeft ook meer rust en scheelt een heleboel administratief en ander gedoe. Juist op het gebied van contractering moeten wij dus slagen maken. Ik heb gisteren toevallig de verzekeraars, de patiënten en de aanbieders – ziekenhuizen, medisch specialisten, ggz – om de tafel gehad. Zij delen het beeld dat wij dit echt beter kunnen doen. Binnen drie weken hebben wij een vervolgvergadering.

Wij zijn echt bezig met oplossingsrichtingen: heldere tijdlijnen in het contracteringsproces, veel meer afspraken met elkaar maken, het bevorderen van meerjarige afspraken, het terugdringen van de administratieve lasten en het versnellen en verbeteren van financiële informatievoorziening. Dat is echt nog een belangrijk aandachtspunt, want als het ziekenhuis niet tijdig een offerte opstelt, kun je een verzekeraar weer niet kwalijk nemen dat hij geen contract sluit. Andersom zal een contract ook even op zich laten wachten als een verzekeraar met 10% krimp te maken krijgt. Waar mogelijk moeten wij rust in wet- en regelgeving krijgen, zodat men vroeger durft te contracteren omdat men weet dat er in de tussentijd niks verandert waar men rekening mee moet houden. Wel hebben wij met elkaar geconstateerd dat er dit jaar op heel veel plekken heel veel goed is gegaan. Dat haalt niet de media, maar is wel de constatering. Wij zouden veel meer moeten bekijken op welke belangrijke punten het goed ging, zodat wij daarvan kunnen leren. Binnenkort hebben wij een vervolgvergadering om te bekijken hoe wij hierin slagen kunnen maken.

De SP vroeg aandacht voor Woerden en andere kleine ziekenhuizen. Kan ik een reactie geven op de ontwikkeling? Enerzijds kun je mij vragen hoe het komt dat umc's geen simpele behandelingen meer kunnen doen; dat heeft de heer Van Gerven ook gedaan. Umc's moeten toch een totaalpakket bieden? Anderzijds kun je vragen hoe het dan in de regio moet. Het is logisch dat er minder overblijft voor de regio als je vindt dat een umc alles moet doen, terwijl simpele operaties veel beter dicht bij huis in de regio kunnen plaatsvinden. Daar kunnen artsen en hun teams ervaringen opdoen, zodat ze ook goed zijn in die simpele operaties. Het is dus van tweeën een: je hebt heel grote megacomplexen waarin je alles doet omdat je alles bij elkaar wilt, of je laat simpele operaties in de regio plaatsvinden omdat dat veel kosteneffectiever en kwalitatief ook nog eens beter is. Als je complexe zorg in de umc's concentreert, is de kwaliteit beter, maar dan betekent dat ook dat de ligduur daar langer is. Dat is logisch. Als je moeilijkere patiënten hebt, blijven ze langer liggen. Daar ligt een belangrijke connectie, die je in al die rapporten heel duidelijk terugziet. Dat is bewust beleid. Je krijgt minder behandelingen en minder mensen die zich aanmelden, maar de mensen die zich in de umc's aanmelden, zijn zieker en complexer en blijven langer liggen.

Ik vind het dus heel goed dat wij in de regio de behandelingen doen die wij daar moeten doen. Men is daar bezig om het veld te herformuleren. Daarbij vraagt men zich af of wel alles in het ziekenhuis moet plaatsvinden. Dat hoeft ook weer niet, want we hebben daar juist anderhalvelijnszorg en willen meer zorg substitueren van het regioziekenhuis naar de huisarts. Je ziet dus dat er in de zorg heel veel ontwikkelingen zijn. Ik vind het goed dat daarbij door de aanbieders zelf gestuurd wordt op reorganisatie, op een andere indeling van de zorg. Dat is ook de taak van de aanbieders. Zij moeten ervoor zorgen dat ze gezond en kwalitatief goed blijven. Het systeem geeft hun ook die taak. Als er samengewerkt wordt, als er besloten wordt tot een fusie of als er besloten wordt om dingen te verplaatsen of anders te organiseren, dan is dat een logisch gevolg van het gevoerde beleid.

De heer **Van Gerven** (SP): De Minister maakt er een beetje een karikatuur van. Als de spoedeisende hulp in Leidschendam verdwijnt, heeft dat niks te maken met de academische ziekenhuizen in Amsterdam of Rotterdam. Moet je deze twee dingen niet uit elkaar houden? Aan de ene kant heeft een academisch ziekenhuis in het kader van de opleidingsfaciliteiten een zekere bulk aan basiszorg nodig. Aan de andere kant vindt in Leidschendam en Woerden een verkeerde concentratie van zorg plaats door de fusie die heeft plaatsgevonden. Dat heeft echter niks te maken met kwaliteit, maar gewoon met bepaalde belangen in zo'n organisatie, en gaat ten koste van het algemeen belang.

Minister **Schippers**: Wij hebben hier natuurlijk een langjarige discussie over met de SP. Ik maak er geen karikatuur van, maar schets een algemeen beeld van het beleid: wij willen complexe zorg concentreren, zodat daar de kwaliteit omhooggaat, maar willen ook de niet-complexe zorg deconcentreren, zodat de regio daarin de functie kan vervullen die zij moet vervullen. Natuurlijk moeten artsen ervaring opdoen en moeten daarvoor goede programma's gemaakt worden, maar er is in Nederland ook alle mogelijkheid om die goede programma's in elkaar te zetten. Natuurlijk heeft de spoedeisende hulp in de ene regio niks te maken met de spoedeisende hulp in een andere regio. Wat hier wel mee te maken heeft, is dat wij proberen om de spoedeisende hulp kwalitatief beter te maken. Daardoor krijg je ten eerste meer efficiency, zodat er geen spoedeisende hulpen open zijn waar zich heel weinig patiënten melden. Bovendien heb je heel basale spoedeisende hulpen en heel complexe spoedeisende hulpen, waarachter een heel complexe organisatie zit en waar veel complexere zorg geleverd kan worden. Als je op een ambulance meerijdt, zie je ook dat ambulancemedewerkers heel goed weten naar welk ziekenhuis ze met welke patiënt moeten, omdat een bepaalde patiënt beter af is in de ene spoedeisende hulp dan in de dichtstbijzijnde andere, bijvoorbeeld omdat hij vanwege een trauma een bepaalde behandeling nodig heeft die in het ene ziekenhuis beter kan worden verleend dan in het andere. We moeten dus niet over karikaturen praten. We moeten in de zorg veel beter bekijken waar wij het goed kunnen doen en waar wij het beter kunnen organiseren. Dat gebeurt momenteel volop.

De heer **Van Gerven** (SP): De Minister komt nu met het bekende argument van kwaliteit om kleine ziekenhuizen, een spoedeisende hulp, een intensive care of wat dies meer zij te ontmantelen, maar welke kwalitatieve argumenten waren er om te laten gebeuren wat in Leidschendam gebeurt? Dat heeft toch alles te maken met de fusiegolf die daar heeft plaatsgevonden? De organisatie vindt het handiger om alles in Den Haag te concentreren, maar dat heeft dan eerder te maken met de belangen van specialisten of de ziekenhuisorganisatie dan met de kwaliteit. Het kwaliteitsargument zou toch zijn dat je de zorg zo veel mogelijk om de hoek beschikbaar wilt houden?

Minister **Schippers**: In de regio waarover de heer Van Gerven spreekt, is heel veel spoedeisende hulp. Je hebt daar dus ook heel veel keus. Als je in die regio op de ambulance meerijdt, merk je ook dat ambulances rekening houden met het soort spoedeisende hulp waar ze met hun patiënt heen rijden. Het hangt dus af van de patiënt die ze in de wagen hebben. Ik heb geen oordeel over de spoedeisende hulp van een individueel ziekenhuis. Daar ga ik niet over. Wij bestellen basiskwaliteit. Ik zie dat er in de zorg momenteel anders en slimmer georganiseerd wordt. Daar is heel veel aan de hand. Iedereen probeert daaraan zijn steentje bij te dragen. Dat zie je momenteel op allerlei gebieden en in allerlei regio's gebeuren.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Gedurende dit overleg kreeg ik een berichtje uit Hoogeveen, over mijn geboorteziekenhuis. Dat is overigens

geen reden om specifiek voor dat ziekenhuis te lobbyen, maar er is daar in het buitengebied een hoop commotie over de intensive care, waaronder die in Hoogeveen. Ik heb vernomen dat de Minister daar iets heel goeds heeft gedaan. Zij heeft besloten om het zorginstituut op dat proces te zetten om te bekijken wat de belangen, de normen en de richtlijnen zijn. Gaat het daar om kwaliteit of niet? Wat is daar aan de hand? Dat vind ik een groot compliment waard, want wij hebben daar als Kamer om gevraagd.
Ik heb daar ook een vraag over. In hoeverre wordt er, los van richtlijnen en kwaliteit, goed geluisterd naar de stem van bewoners, patiënten en mantelzorgers? Wordt er in brede zin bekeken wat de gevolgen voor de mensen in het gebied zijn als de ic daar verdwijnt?

Minister **Schippers**: Ten eerste: het Kwaliteitsinstituut werkt altijd tripartiet. Daarbij zijn automatisch patiënten betrokken. Er wordt ook altijd naar de kwaliteit gekeken. Die moet leidend zijn, over welk ziekenhuis wij het ook hebben. Als er sprake is van ic-zorg of spoedeisende zorg, kan de kwaliteit een rol spelen. Dat hoeft niet. Zoals ik in het debatje met de heer Van Gerven heb aangegeven, kunnen hieraan allerlei oorzaken ten grondslag liggen. Ik wil echter benadrukken dat het Kwaliteitsinstituut nog aan het begin van het traject staat. Er zijn nog een nieuwe vormen voor de zorg vastgesteld. Ik kan daar nu dus nog niet op vooruitlopen. Dit traject loopt gewoon. Het Kwaliteitsinstituut heeft de ambitie om landelijk vast te stellen wat landelijk moet, maar vooral ook regionaal vast te laten stellen wat in de regio's kan worden ingevuld. Dan kun je namelijk maatwerk maken. Je hebt dus een landelijk basisuitgangspunt, maar daarbovenop geven de regio's zelf hun invulling. Dit proces is net van start gegaan en het is dus lastig om daarop vooruit te lopen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat begrijp ik, maar als er een ic sluit, heeft dat gevolgen voor de regio en voor de rest van het ziekenhuis. Een grote groep bewoners – er wonen 90.000 mensen – is bang en bezorgd. Het is heel belangrijk dat los van de kwalitatieve afweging en het kwalitatieve proces wordt bekeken hoe mensen tijdig bij zo'n besluit kunnen worden betrokken, nog voordat het besluit genomen is, zodat ze kunnen worden meegenomen in wat er mogelijk gaat veranderen. Ik zou graag de toezegging krijgen dat het Kwaliteitsinstituut dat in brede zin doet. Anders komen er weer protestbussen naar de Tweede Kamer omdat mensen zich niet gehoord voelen. Misschien is de Minister dit al van plan, maar dan zou ik dat graag willen horen. Dit is dus vooral een procesvraag. Ik vraag de Minister niet om nu te zeggen wat er gaat gebeuren, want dat is juist aan het zorginstituut.

Minister **Schippers**: Meenemen in de manier van goed informeren? Ja. De richtlijn gaat echt over kwaliteit. Wij moeten kwaliteit als uitgangspunt nemen. Ook hier kan afstand onderdeel zijn van de kwaliteit; ik ben het eens met iedereen die dat inbrengt. Het Kwaliteitsinstituut moet met patiënten, verzekeraars en aanbieders met name uitgaan van de kwaliteit, waarvan afstand een onderdeel is. Vervolgens moeten mensen die dit direct betreft, hierin worden meegenomen. Ik zal dit nog eens extra inbrengen in dit proces.
De vragen over Antoniushove in Leidschendam en Woerden heb ik hiermee eigenlijk al beantwoord. De heer Van Gerven heeft ook nog specifiek aandacht gevraagd voor de nieuwbouw bij Medisch Spectrum Twente en voor het feit dat mensen daar hun baan verliezen. Het ziekenhuis neemt zijn eigen beslissingen. Ik kan niet garanderen dat wij de komende vijf jaar 1% groei hebben. Dat heb ik afgesproken tot 2017, maar de Minister die hier daarna zit, heeft zijn eigen beleid. Als ziekenhuis moet je dus zelf besluiten nemen. Besluiten ten aanzien van nieuwbouw zijn altijd langjarige besluiten die financieel goed in elkaar zitten. Natuurlijk is

het een heel zure appel waar de 300 mensen die hun baan verliezen, doorheen moeten bijten. Overigens is er nog geen sprake van gedwongen ontslagen, maar het zou natuurlijk wel heel zuur zijn voor de betreffende werknemers. Wij hebben het in Nederland echter zo georganiseerd dat ziekenhuizen zelf over hun nieuwbouw beslissen en zelf de gevolgen daarvan dragen.
De heer Van Gerven vroeg verder wat ik van de reclamecampagne van Isala vind. Vorig jaar kwam in een aantal debatten naar voren dat de informatievoorziening aan mensen met een budgetpolis beter moest. Je kunt zeggen dat Isala heel helder aangeeft dat je daar terechtkunt met een bepaalde polis. Dat vind ik dus goed, want je kunt dat informatievoorziening noemen. Het is ook nog eens informatievoorziening die ergens toe leidt, want je weet zo waar je aan toe bent. De informatie moet wel kloppen. Daar ga ik echter niet over. Wij hebben toezichthouders die hierover gaan. Wij hebben in artikel 39 van de Wmg geregeld dat de informatie die je geeft, moet kloppen. Als deze informatie niet klopt, kun je daar natuurlijk melding van maken, maar als die wel klopt, zie ik dit als een vorm van informatievoorziening waartegen ik geen bezwaar heb.
Ik heb al antwoord gegeven op vragen over de umc's: ik vind de ingezette beweging heel goed. Ik zie ook niet in waarom je meer zou moeten betalen voor een duurdere behandeling in een umc terwijl die voor hetzelfde geld net zo goed in een regionaal ziekenhuis gedaan kan worden.
De heer Van Gerven sprak ook over de berichten over gedetineerden die medische dossiers scanklaar maken. Ik vind het onwenselijk dat dit gebeurt, maar dat lijkt mij een open deur. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de ziekenhuizen. Het is heel belangrijk dat ze bij het aangaan van een bewerkingsovereenkomst gedegen nagaan hoe feitelijk uitvoering wordt gegeven aan de voorbereidende werkzaamheden voor het scannen. Wie zijn daarbij betrokken? Ze moeten zich expliciet afvragen of gemaakte afspraken over beveiliging en geheimhouding echt kunnen worden waargemaakt door de bewerker. Ik ben degene die de regels maakt, maar niet degene die toezicht houdt. Dat doen de Autoriteit Persoonsgegevens en de IGZ. Zij zijn over dit incident geïnformeerd. Ik heb van de IGZ begrepen dat zij in haar reguliere toezichtbezoeken extra scherp zal letten op de wijze waarop bewerkingsovereenkomsten zijn gesloten met ziekenhuizen die zich nog in de transitie van papier naar digitaal bevinden. De IGZ zal ook alle ziekenhuizen een brief sturen om ze op hun verantwoordelijkheid te wijzen. De Autoriteit Persoonsgegevens doet geen mededeling over wat zij in onderzoek heeft, ook niet aan mij. Ik kan daarover dus ook geen mededelingen doen.

De heer **Van Gerven** (SP): Het is geen incident, want het schijnt nog steeds te gebeuren. Wil de Minister de inspectie toch niet verzoeken om de komende twee maanden bij alle ziekenhuizen te verifiëren hoe zij omgaan met de privacy en de dossierverwerking? Wij zijn het erover eens dat je dit niet aan gedetineerden kunt overlaten. Dit moet echt opgelost worden. Is de Minister bereid om een tandje bij te schakelen?

Minister **Schippers**: De Autoriteit Persoonsgegevens is hier de toezichthouder. De inspectie stuurt de brieven. Dat stel ik erg op prijs, want als wij dit onwenselijk vinden, moeten wij iedereen erop wijzen dat het onwenselijk is en dat een ziekenhuis een aantal verplichtingen heeft. Dat doet de inspectie. De Autoriteit Persoonsgegevens is degene die hierin handhavend en toezichthoudend moet optreden. Ik weet niet wat zij doet. Misschien doet zij wel wat de heer Van Gerven zegt. Zij doet hierover geen mededelingen over, ook niet bij navraag. Wij zullen dus moeten afwachten hoe zij dit oppakt.

De heer **Van Gerven** (SP): Het gaat mij niet om de vraag wie het doet. Het gaat mij om het resultaat! Hoe weten wij, pak «m beet over twee maanden, dat deze praktijk niet meer voorkomt en dat die omschakeling van papier naar digitaal in alle ziekenhuizen op een degelijke manier plaatsvindt?

Minister **Schippers**: We hebben wet- en regelgeving, waaraan iedereen zich moet houden. Naar aanleiding van deze casus wijzen wij de ziekenhuizen er nog eens extra op wat ze in wet- en regelgeving moeten doen. Het is belangrijk dat je de uitstraling van de dingen die je hebt ook in ogenschouw neemt, want soms mogen dingen misschien wel, maar is het toch gelet op de uitstraling onwenselijk om dat toch te doen. De inspectie is heel voortvarend van start gegaan. Ze gaat in alle reguliere toezichtbezoeken hiervoor aandacht vragen. Daarbovenop komt er nog een brief. De Autoriteit Persoonsgegevens is primair aan zet om hier haar toezichthoudende rol te pakken. De autoriteit is daarover geïnformeerd.
Er is een vraag gesteld over kleine ziekenhuizen die onder druk zouden staan. Het signaal dat specifiek kleine ziekenhuizen meer onder druk staan is niet helemaal waar. Want er zijn ook kleine ziekenhuizen die het financieel erg goed doen. De NZa houdt de financiële continuïteit in de gaten. Zij besteedt hieraan aandacht in de Marktscan medisch-specialistische zorg. In de laatste marktscan is te zien dat de ziekenhuissector er in 2014 gemiddeld gezien beter voorstaat ten opzichte van eerdere jaren. De NZa meldt daarbij ook dat kleine instellingen binnen de medisch specialistische zorg gemiddeld niet slechter of beter presteren dan grotere.
Welke bedragen worden via nacalculatie teruggehaald? Ik ga ervan uit dat wordt gedoeld op de verrekening van omzetplafonds en aannemingssommen. Want het gaat niet om een macrobeheersinstrument (mbi). De NZa geeft in de marktscan aan dat er meer inzicht nodig is in de bedragen die zorgaanbieders en verzekeraars achteraf verrekenen. Als ze afspraken hebben gemaakt over aanneemsommen of omzetplafonds is er ook helder zicht op de prijsontwikkeling. De NZa onderzoekt momenteel hoe ze meer inzicht kan verkrijgen in contractafspraken en verrekeningen die plaatsvinden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is heel relevant dat de NZa dat gaat doen, omdat je dan daadwerkelijk ziet wat er aan zorg is uitgegeven en wat de prijsontwikkeling is geweest. Maar zijn dat geen gegevens die het Zorginstituut Nederland al heeft? Dat doet toch ook de totale afrekening van wat er in een jaar is uitgegeven? Ik vond het zo bijzonder. Eerder hebben we afgesproken met de Minister dat, als er geld door zorgverzekeraars terug wordt gevraagd, je dat aan het eind van het jaar terugziet in het totaalplaatje. Waarom ziet de NZa dat dan niet?

Minister **Schippers**: Hier speelt tijd ook een rol. Helaas hebben we de jaarafrekeningen niet snel. Sterker nog: het loopt jaren daarna nog door. Nu zijn dit vaak contracten met plafonds, die dus ook weer achterlopen. We hebben allerlei vormen van contracten, waarvan sommige lang doorlopen in de toekomst, terwijl andere eerder worden afgesloten. Ik vind het daarom heel goed dat de NZa, natuurlijk gebruikmakend van gegevens van het Zorginstituut Nederland, meer inzichtelijk probeert te maken welke soorten contracten er wanneer zijn afgerond.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Hoeveel geld wordt aan het eind van het jaar terugbetaald aan de zorgverzekeraar, omdat er een omzetplafond was en omdat er te veel gedeclareerd is? In hoeverre houdt de NZa er dan ook rekening mee dat dat kan gaan om zorg waarover mensen wel hun eigen risico hebben betaald? Dat zie je namelijk ook steeds meer. Men produceert meer, krijgt daar niet voor betaald, maar mensen tikken wel hun

eigen risico af bij de zorgverzekeraar, zodat de laatste twee keer int: hij hoeft de zorg niet te betalen en krijgt toch nog het eigen risico van de patiënten.

Minister **Schippers**: Als je naar de dbc's kijkt, zie je dat we op de spoedeisende hulp wat kleinere dbc's hebben gemaakt. Maar verder is het eigen risico allang op. Dus ook als je een herberekening in contracten uitvoert, zie je dat medisch-specialistische zorg zo duur is, dat je bij herberekeningen gewoon niet op de ondergrens uitkomt. Dat is wel relevant voor het ziekenhuis en de uiteindelijke gemiddelde prijs, maar we komen daarbij niet in de marge van de eigen risico's.
Wat doe ik aan een goede en tijdige overdracht van medische gegevens, inclusief medicatie en verpleegkundige zorg? Dit is echt een belangrijk onderdeel van de kwaliteitszorg, want overdrachtmomenten zijn kwetsbare momenten. Daarvoor moet veel aandacht zijn. Ik zie mijn rol als agenderend en stimulerend en de inspectie ziet toe op uitvoering binnen de gestelde termijnen van de gemaakte afspraken om het te verbeteren. Verder ziet de inspectie toe op de naleving van veldnormen. De IGZ vraagt het Kwaliteitsinstituut ook om normen op te stellen. Dit is echt al jaren een aandachtspunt van de IGZ en dat zal de komende jaren ook zo blijven.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dit punt ís ook erg belangrijk. Maar de inspectie zei vorig jaar al dat het zo niet langer kon. Daarna is een keiharde deadline van 1 januari 2016 gesteld. Deze week kregen we Het resultaat telt, waarin gewoon staat dat die deadline niet is gehaald. Hoe kunnen ziekenhuizen iets wat zo ontzettend belangrijk is zo laks oppakken?

Minister **Schippers**: Ik deel de urgentie van mevrouw Bruins Slot. De IGZ deelt die urgentie ook, zoals zijzelf ook al aangeeft. Maar de praktijk is weerbarstiger dan wij graag met elkaar zouden willen. Het is aan de inspectie om te bepalen wanneer ze ingrijpt. Veel heeft te maken met automatisering en het epd. Het moet beter. De inspectie is de toezichthouder, die de vrije hand heeft om haar taak in te vullen. De inspectie beraadt zich op scherpere maatregelen. Ik geef de inspectie geen opdracht om op te treden in individuele gevallen, maar zij beraadt zich zoals gezegd wel op scherpere maatregelen. Dat is goed, want anders blijf je waarschuwen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is goed om te horen dat de inspectie zich beraadt op scherpere maatregelen, maar eigenlijk zou het niet nodig moeten zijn. Verder hecht de Minister hier zelf ook belang aan. Vorig jaar was zij nog de machtigste vrouw van Nederland. Welke mogelijkheden ziet zij nog om de inspectie terzijde te staan? We zien zo veel problemen met kwetsbare ouderen die van ziekenhuiszorg op thuiszorg overgaan, dat haast geboden is. Daar is dit een belangrijk aspect bij.

Minister **Schippers**: Ik zou de grap kunnen maken dat ik niet meer de machtigste vrouw van Nederland ben, zodat het daaraan ligt dat ik het nu niet meer voor elkaar krijg, maar dat is flauw. Ik ben het volledig eens met mevrouw Bruins Slot. Niet voor niets heb ik dat praktijkteam opgericht, waarop ik nog nader in zal gaan. Daar zie je ook dat het beter kan. Ik wil alles doen om daarbij te helpen. Uiteindelijk treedt de toezichtautoriteit op. Zij heeft aangegeven, zich te bezinnen op scherpere maatregelen. Dat vind ik heel erg goed en dat is ook aan haar. Aan mij is het drempels zo veel mogelijk weg te nemen. We moeten hieraan prioriteit blijven geven en we moeten erbovenop blijven zitten. Ik ben niet degene die het doet, maar ik ben wel degene die de randvoorwaarden stelt.
Ik wil een misverstand uit de weg ruimen: ik heb niet in Zeeland ingegrepen op basis van wet- en regelgeving. Ik ben naar Zeeland gegaan omdat er in dat gebied te weinig voor elkaar werd gekregen om de

basisvoorzieningen op niveau te houden en de transitie te maken die nodig was. Daarom ben ik het gesprek aangegaan met Zeeland. We hebben bekeken hoe we de transitie beter kunnen invullen. Er is mij ook gevraagd of ik een aantal dingen wil doen in Drenthe, Zuid-Limburg en Groningen. Ik ga in de komende maanden naar die regio's toe om te zien of ik kan helpen eventuele blokkades weg te nemen, zodat dingen gebeuren die moeten gebeuren. Men hoeft niet op mij te wachten, want je kunt ook zelf met elkaar rond de tafel gaan zitten om naar oplossingen te zoeken. Ook in Zeeland zijn de problemen nog niet opgelost. Eeke van der Veen is momenteel de trekker van dit project; daar is nog heel wat werk aan de winkel. We moeten hier bovenop zitten. Als het organiseren van een netwerkbijeenkomst in de regio daarbij helpt, dan doe ik dat heel graag. Ik zal daar in verschillende regio's bij aanwezig zijn of blijven.
Wie heeft nou eigenlijk welke rol? Niet voor niets heb ik de verzekeraars er als eerste bijgehaald, want zij kopen in. Zij kunnen ervoor zorgen dat de medisch-specialistische zorg bij dat regioziekenhuis wordt ingekocht, zodat dat overeind blijft. Regioziekenhuizen kunnen enorm goed medisch-specialistische zorg leveren. Ze doen kwalitatief helemaal niet onder voor anderen. Dat is van groot belang, ook omdat de medisch-specialistische zorg weer kan samenwerken met de eerste lijn. In Zeeland is een prachtig anderhalvelijnscentrum opgericht, waarin heel veel gebeurt voor ouderen als schakel tussen de verschillende zorgvormen. Naar aanleiding van een motie heb ik de NZa gevraagd of ze de zorg kan invullen. Verzekeraars hebben een zorgplicht, maar wanneer voldoen ze daar niet aan? Daarmee gaat de NZa aan de slag. Ik heb de NZa gevraagd, dat technisch in te vullen.
Hoe kijk ik aan tegen het msb? Ik zie dat als een tussenmodel. Dat neemt niet weg dat ook in tussenmodellen een maximale inspanning plaats moet vinden om de gelijkgerichtheid, de basis van al mijn acties, en een goede governance te waarborgen. Een goed ziekenhuis moet goed zijn aan te sturen. Het onderzoek is daar niet negatief over, maar het ziet wel kans voor verbeteringen, die moeten worden doorgevoerd. Daar moeten de Patiëntenfederatie NPCF en de NVZ hard aan werken. In het ene ziekenhuis gaat dat beter dan in het andere ziekenhuis. Dat moet vol plaatshebben. Hoe zie ik de toekomst? Ik vind het loondienstmodel een heel mooi model, dat zeker gelijkgericht is. Ik zie dat ook in het participatiemodel. Twee zielen in één hart vind ik geen duurzaam model. Dat is geen geheim, want ik heb dat van het begin af aan aangegeven. Als overgang is het ook niet verkeerd, maar we moeten wel door blijven gaan om dit door te laten groeien naar loondienst of participatie. Het msb is absoluut geen excuus om een ziekenhuis niet goed aan te sturen. Dat zie je omdat het in heel veel plaatsen in Nederland erg goed gaat met dit model. Het is echt een kwestie van cultuur. Je kunt wel allerlei modellen ergens op zetten, maar dat is het allerbelangrijkste.
Wat de animo voor loondienst betreft, hebben we weleens laten uitrekenen wat het kost om iedereen in loondienst te laten gaan. Daarbij gaat het om 2 miljard. We hebben Pauline Meurs gevraagd onderzoek te doen naar de verschillende modellen. Daar kwam geen beter model uit. Het is allemaal niet zo digitaal als soms wordt voorgesteld. Maar gelijkgerichtheid is cruciaal, wil je een organisatie goed aan kunnen sturen.
De NZa heb ik gevraagd, criteria op te stellen waaraan is te toetsen of aan de zorgplicht is voldaan. Ik verwacht in de tweede helft van het jaar daarover meer informatie te krijgen van de NZa.
Voor een aantal specialismen zijn de wachttijden in 2015 gestegen. Dat zit hem met name in het aanbod van de concrete specialiteit, wat dus heel erg moeilijk is op te lossen. Dat betekent dat van een patiënt soms extra reistijd moet worden gevraagd om binnen de Treeknorm geholpen te worden. De NZa zet een onderzoek op dat wat dieper gaat dan de jaarlijkse analyse in de marktscan. Na deze analyse zal ze conclusies

trekken over de zorgplicht van verzekeraars, met name over de vraag of zij daaraan voldoen.
Wat doet de Autoriteit Persoonsgegevens aan het datalek in Geldrop en welke risico's zijn er bij andere ziekenhuizen? De Autoriteit Persoonsgegevens is hierover geïnformeerd en zal beoordelen of ze stappen zal zetten en, zo ja, welke. Ik heb hierover geen uitsluitsel van de autoriteit gekregen. Mij is niet bekend, bij welke ziekenhuizen vergelijkbare problemen spelen. De IGZ heeft mij laten weten dat zij de NVZ en de NFU zal wijzen op de verantwoordelijkheid die instellingen hebben in het veilig omgaan met patiënteninformatie, zeker als er digitalisering plaatsvindt.
Zou het niet beter zijn als de wijkverpleegkundige eerder in het ziekenhuis actief is en, zo ja, hoe betalen we dat dan? We zien daarvan heel mooie voorbeelden. De wijkverpleegkundige moet dat natuurlijk goed met het ziekenhuis regelen, maar dan is die zorg ook daadwerkelijk te declareren onder wijkverpleegkundige prestaties, omdat het niet uitmaakt waar ze geleverd wordt, thuis of in het ziekenhuis.
Weten mensen wanneer ze naar de huisarts moeten? Als mensen zich zorgen maken over een mogelijke griepaanval, raad ik mensen aan om thuisarts.nl of de site van het RIVM te raadplegen. Daarop staat informatie over kenmerken van de griep, wanneer iemand contact op moet nemen met de huisarts. De meeste grieppatiënten herstellen binnen een tot drie weken. Risicogroepen worden uitgenodigd voor een griepprik, waarbij ook informatie ontvangen wordt over wat te doen bij bepaalde verschijnselen.
Administratieve lasten zijn een aandachtspunt voor dit jaar, waarvan ik verwacht dat we daarover vaak zullen komen te spreken. Daarvoor vragen wij echt aandacht. Standaardisatie is daarbij in meerdere opzichten heel belangrijk. We hebben een aantal trajecten in gang gezet. Overbodige regels waarvan het doel achterhaald is, worden geschrapt. Valide regels moeten zo eenvoudig mogelijk worden gemaakt en er moet slimmer worden samengewerkt. Bij nieuwe regels moet goed worden gekeken of ze in verhouding staan tot de toename van de regeldruk. We hebben het hier regelmatig gehad over de huisartsen, want we volgen eenzelfde traject in de eerste lijn. Het is van groot belang dat verzekeraars met ziekenhuizen en ggz-instellingen kijken wat er wordt gevraagd en of dat zinnig is. Ik hoor voorbeelden waarvan ik zeg: dit moeten we gewoon niet willen. Nogmaals, dat is een aandachtspunt, waarvoor ik in het overleg over de contractering ook aandacht heb gevraagd. De verzekeraars hebben aangegeven die handschoen zeker op te zullen pakken. Maar the devil is in the detail en the proof of the eating is in the pudding.
Substitutie is geen taak van de huisarts. Dat kan de huisarts echt niet doen. Er loopt een substitutiemonitor en er is een hoofdlijnenakkoord. Daarbij speelt de zorgverzekeraar een cruciale rol, want die doet de inkoop.
De heer Rutte vroeg of we de specialist ouderengeneeskunde geen zelfstandige rol in de eerstelijnszorg kunnen geven. De werkwijze in Velp spreekt aan. Het Zorginstituut Nederland brengt naar verwachting in oktober 2016 advies uit over de overheveling van de specialist ouderengeneeskunde naar de Zvw. Ik zal het instituut daarbij vragen, ook aandacht te besteden aan de positie van de specialist ouderengeneeskunde in de eerstelijn.

De heer **Rutte** (VVD): Goed om te horen dat dat advies in oktober komt. Dan is het niet mogelijk om per januari een zelfstandige betaaltitel voor een zelfstandig gevestigde specialist ouderengeneeskunde te hebben. Klopt dat?

Minister **Schippers**: Dat klopt. Maar de subsidie in de Wet langdurige zorg blijft ook nog even.

De heer **Rutte** (VVD): Mag ik het zo duiden dat dat advies, waarvan de inhoud nog onbekend is, er komt? Zolang dat nodig is, kunnen de nu lopende projecten doorlopen met de subsidie die er nu is.

Minister **Schippers**: Ja.
Ik kom toe aan de monopoliepositie van ziekenhuizen die de prijs verhogen als het volume kleiner wordt. Als een ziekenhuis beschikt over aanmerkelijke marktmacht, hebben we toezichthouders die daadwerkelijk een verplichting kunnen opleggen om te contracteren of maximumtarieven aan te houden. Ik hoef daar dus niets voor te veranderen, want dat hebben we in de wet al geregeld. Als ik hierover klachten hoor, zeg ik altijd: meld ze bij de toezichthouder. Want je kunt daar onderling over mopperen, maar als je dat niet bij de toezichthouder meldt, kan die ook geen onderzoek doen naar aanmerkelijke marktmacht. Deze geluiden, die ik vaker hoor, moeten daadwerkelijk gemeld worden bij de toezichthouder. Dan hoef ik daar niets voor te veranderen, want die toezichthouder heeft echt alles al in zijn gereedschapskistje om in te grijpen. Dat doet de ACM nooit, maar ze krijgt ook geen meldingen.
Ik kom toe aan de ondervoeding en de suggestie van de ANBO op dit punt. De borging van best practices door inventarisatie van de voedingsconcepten die de Stuurgroep ondervoeding op dit moment uitvoert, is belangrijk. Het veld zit hier echt op te wachten, want het geeft inzicht in hoe men dit beter aan kan pakken. De komende jaren wordt ingezet op een transmurale verbinding, zowel in aanloop naar als na de operatie om ondervoeding bij ouderen tegen te gaan. Voordat je opereert, is het van groot belang dat een oudere goed eet, zodat een operatie beter kan worden aangegaan en er beter kan worden hersteld. We zijn bezig met een pilot op dit punt, getiteld «beter in, beter uit». Dat doen we in het kader van het Programma aanpak verspilling in de zorg.
Een ziekenhuis is niet voor iedereen de beste plek. Als je geen medisch-specialistische zorg nodig hebt, hoor je niet in een ziekenhuis. Maar soms wil je ouderen extra in de gaten houden om te zien of ze extra verzorging nodig hebben. We zien de verkeerdebeddenproblematiek daadwerkelijk in ziekenhuizen. We willen situaties waar het goed gaat verbinden met situaties waar het niet goed gaat, zodat we kunnen leren van elkaar. We moeten daartoe wel nieuwe mogelijkheden creëren, onder andere op het gebied van financiering en logeerhuizen. Maar het gaat niet overal goed. Voor het reces heb ik de oprichting van een praktijkteam Zorg op de juiste plek aangekondigd, dat inmiddels van start is gegaan. Het heeft zelf geen bedden, het helpt om het probleem scherp te krijgen, oplossingsmogelijkheden in beeld te brengen en mensen zo nodig aan elkaar te koppelen. In Den Haag, Rotterdam en Amsterdam is het team begonnen en aangesloten bij de regiotafels om te zien welke expertise kan worden ingebracht ter versnelling bij het vinden van een oplossing. Het team is bereikbaar via juistezorgplek@minvws.nl. Binnenkort zullen we een telefoonnummer bekendmaken.
Over shared savings heb ik al gezegd dat substitutie al mogelijk is. Dit punt is al ingebed in onze financiering, te weten in segment 3, de beleidsregel innovatie. Hier en daar in het land gebeurt het al; men probeert er daar ervaring mee op te doen.
Wat vind ik ervan dat ziekenhuizen operaties melden die niet zijn uitgevoerd? Het gaat erom dat je juist geïnformeerd wordt. Deze situatie is door de inspectie geschetst in Het resultaat telt. Dit heeft overigens niets te maken met financiering. Het gaat niet om geld, maar om het pimpen van de eigen resultaten. Het totaal van de op een locatie uitgevoerde ingrepen wordt dan gemeld op alle samenwerkende locaties. Dat is niet goed. De inspectie heeft de betreffende ziekenhuizen hier al op aangesproken; ze is in gesprek met de wetenschappelijke verenigingen. Waarom kan ik wel private informatie vinden en geen publieke informatie? In het

Jaar van de Transparantie zijn we daar hard mee bezig, zo hard dat het hier en daar zuchtend en steunend gaat. We houden de druk op de ketel, omdat we dat hebben beloofd aan de Kamer en alle betrokkenen. Voor de 30 meest voorkomende aandoeningen dient goede informatie beschikbaar te zijn. Als dat is afgerond, is het traject niet afgelopen, nee, dan zetten we dit traject gewoon door in een cyclus die doorloopt. Over een plan van aanpak 2025 waarin een oplossing voor vastgoed en nieuwbouw is opgenomen, merk ik op dat we dat anders hebben georganiseerd. Er wordt natuurlijk wel druk nagedacht over hoe je de transitie wilt doen. Daarin speelt een aantal zaken een belangrijke rol, zoals een meerjarencontract. Als je een transitie wilt, moet je langjarig aan iets kunnen werken en als je een meerjarencontract hebt waarin je met de eerste- en de tweede lijn afspraken maakt over verschuiving van zorg en andere zorg, dan hoeft dat niet op landelijk niveau te worden doorgevoerd. Dat is logisch, want we willen aansluiten bij de lokale situatie. Die dialoog vindt plaats op veel locaties in het land, zoals Zeeland. In veel regio's is dit proces in volle gang.
Mevrouw Klever vroeg mij, waarom een bestuurder van een umc meer kan verdienen dan een Minister. In de WNT zijn uitzonderingen opgenomen. Het kabinet beoordeelt op individuele basis of er aanleiding is om af te wijken van de algemene regels. Bij het UMC Utrecht hebben we gezien dat het tijdens de werving onmogelijk was om een medisch specialist van topniveau met voldoende bestuurlijke en wetenschappelijke ervaring te werven voor deze functie. Dat is aantoonbaar onmogelijk. Daarom heeft het kabinet dit uitzonderingsverzoek gehonoreerd.

Mevrouw **Klever** (PVV): Dit zet de deur open voor alle andere umc's als ze een bestuurder zoeken. Het hele idee van de WNT is toch juist om de salarissen niet zo idioot te laten stijgen? Wat gaat de Minister eraan doen om te voorkomen dat dit bij een ander umc ook weer gebeurt?

Minister **Schippers**: Het kan niet lichtvaardig, maar de uitzonderingsmogelijkheid is wel gegeven in de wet. Van die mogelijkheid hebben wij gebruik gemaakt. De wet die deze mogelijkheid biedt, is door deze Kamer goedgekeurd. Daarmee is geen trend gezet. Na die benoeming hebben veel andere instellingen toch benoemingen onder de WNT-norm gedaan. Overigens valt deze vrouw wel onder de WNT1-norm. Niet voor niets hebben we die uitzonderingen opgenomen. Je moet dat echt goed onderbouwen. Bij de behandeling van WNT2 is door de Tweede Kamer expliciet gevraagd om een aanvullende mogelijkheid voor het maken van uitzonderingen op de norm. Nogmaals, wij doen dat niet lichtvaardig. In dit geval hebben wij gemeend dat te moeten doen.

Mevrouw **Klever** (PVV): Kunt u dat verder uitleggen? Er vallen ontslagen in de zorg en er wordt bezuinigd op spoedeisende-hulpposten. Dan is toch niet uit te leggen dat een bestuurder opeens zoveel moet verdienen? Waarom?

Minister **Schippers**: Het is belangrijk dat je bij umc's ook medisch specialisten in het bestuur hebt. Het moeten niet alleen maar mensen zijn met economische of bestuurlijke kennis. In het UMC Utrecht wil je ook mensen hebben met een grote reputatie en met ervaring die hen geschikt maken voor die functie. Tijdens het hele opvolgingsproces is gebleken dat dat niet lukte. Omdat het onder de WNT1-norm wel lukte, is deze oplossing voorgedragen aan het kabinet, dat dit heeft geaccepteerd.
Mevrouw Klever stelde dat uit de barometer van Ernst & Young blijkt dat er sprake is van minder opnames in de umc's, maar ook van een langere ligduur. Dat past geheel in het plaatje dat ik schetste: de umc's doen de complexere, zwaardere gevallen, waardoor de ligduur toeneemt, juist omdat je met gemiddelden werkt en de minder complexe zaken in de

regionale ziekenhuizen plaats moeten vinden, zodat die ook kunnen overleven. De zorg is daar net zo goed. Het is dan logisch dat meer complexe patiënten ook langer blijven liggen. Dit verbaast mij dus niets. Hoe verhoudt het declaratiesysteem zich tot dat in België? Is het daar niet veel goedkoper? De curatieve zorg in Nederland scoort gemiddeld in Europa. Het is niet zo dat we veel duurder of veel goedkoper zijn. Wel zien we dat de DOT's een gemiddelde prijs hebben. Je betaalt dus ook voor allerlei zaken die je op dat moment niet zelf nodig hebt, maar die een gemiddelde prijs weergeven, omdat we dat enigszins inzichtelijk willen houden. We maken enorme vorderingen. Er is een nieuw dbc voor spoedeisende hulp. Als je daar kleine dingen hebt, betaal je niet het gemiddelde, maar een lager bedrag. We hebben de mijn-omgeving, waar de zorgverzekeraar informatie beschikbaar stelt over de nota. Daarin worden de zorgactiviteiten in begrijpelijke taal uiteengezet. Je kunt dat daardoor veel beter nagaan. België heeft een ander financieringssysteem. Ieder systeem heeft zijn plussen en minnen. Als je de totale kosten vergelijkt, komen we er op Europese schaal helemaal niet slecht uit.

Mevrouw **Klever** (PVV): Als er mensen bij mij komen die een behandeling hebben gehad, waarna ze om het halfjaar terug moeten komen voor controle, dan betalen ze per controle € 327, voor een consultje van tien minuten. Dat kan ik niet uitleggen.

Minister **Schippers**: Je kunt voor een ander financieringssysteem kiezen, waarin voor alles een aparte prijs wordt berekend. Die moet zich dan precies verhouden tot wat er daar gebeurd is. Daar hebben we niet voor gekozen, want je krijgt dan een enorme hoeveelheid prijzen. Wij hebben gekozen voor gemiddelde prijzen. Als je iets heel zwaars hebt en je valt in dezelfde categorie, betaal je hetzelfde als iemand met iets lichts in dezelfde categorie. Verder is medisch-specialistische zorg in principe heel erg duur. Huisartsenzorg kent een andere kostenopbouw dan een heel ziekenhuis. Als het daar niet goed gaat, is er voldoende deskundig personeel aanwezig. We hebben een ander soort kostenopbouw dan dat je puur betaalt wat je zelf op dat moment consumeert.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik zou graag het hele systeem veranderen, maar dat is nu niet aan de orde. Ik pleit voor een consult-tarief. Is de Minister bereid dat in te voeren?

Minister **Schippers**: Ik wil oppassen voor substitutie van eerste- naar tweedelijnszorg. Je moet wel de kosten verwerken die in een ziekenhuis-organisatie zitten. Maar ik heb wel voor SEH de mogelijkheid gecreëerd dat je minder betaalt als je met iets kleins komt. Wat ik ook heb doorgevoerd, is die lichte, middelzware en zware behandelingen. De heer Rutte was het daar niet mee eens. Waarom heb ik dat gedaan? Omdat het bij de lichte behandelingen gaat om je eigen risico, waardoor je er al iets van kunt gaan merken. Bij de zware behandelingen merk je daar helemaal niets van, of je nou een gemiddelde prijs hebt of niet. Daarom heb ik dat doorgevoerd. De een is daartegen, de ander voor. Je kunt wel tegen de patiënt zeggen: als je iets heel korts hebt gehad, val je in een lichtere categorie. Die driedeling heb ik mede ingevoerd naar aanleiding van discussies die we hier eerder hebben gehad.
Over de Discoursanalyse rechtmatige zorg en het belang van fraudebestrijding merk ik het volgende op. Fraudebestrijding is heel belangrijk, wat ook de reden is waarom wij die analyse hebben laten opstellen. Ik heb een aparte programmadirectie binnen het ministerie opgericht die zich bezighoudt met fraude, het fraudebestendig maken van regelgeving en het bestrijden van fraude. Die programmadirectie heeft een discours-analyse uitgevoerd met als doel, met elkaar een open gesprek te voeren over dit thema en over de vraag, wanneer iets rechtmatig is of niet en

wanneer sprake is van fraude. Het is heel belangrijk om dat gesprek te voeren. Want als we dat allemaal op een hoop gooien, komen we daar niet uit. Als we iedere keer als iemand een fout maakt, zeggen dat er sprake is van fraude, dan komen we er niet uit. Dan zetten we iemand weg als fraudeur, maar dan zegt zo iemand: Minister, het is een complex systeem, want u hebt op verzoek van mevrouw Klever licht, middelzwaar en zwaar doorgevoerd, wat de foutenkans vergroot, en als ik dan een fout maak, word ik weggezet als fraudeur. Dat moeten we niet doen. We moeten fraude als fraude en fouten als fouten betitelen. Uit de analyse blijkt er een genuanceerde ontwikkeling is naar meer open berichten. Dat soort analyses vind ik belangrijk. Als er fraude is, moeten we keihard optreden en als er fouten worden gemaakt door complexiteit moeten we ervoor zorgen dat het simpeler wordt.

De **voorzitter**: Er staat nog een vraag van mevrouw Bouwmeester open over de stokkende innovatieve dienstverlening van ziekenhuizen.

Minister **Schippers**: Ik kan me de vraag niet exact herinneren, dus ik antwoord als volgt: in zijn algemeenheid is er geen sprake van stokkende voorzieningen. Er zijn wel degelijk veel innovaties. Het is altijd ontzettend goed om werkbezoeken af te leggen, omdat je daarna vol energie weer terugkomt. Niet zo lang geleden ben ik nog op bezoek geweest bij het Radboud. De dienstverlening aan patiënten is echt heel erg goed. Als ouderen worden binnengebracht, komt er niet alleen een specialist langs voor de betreffende kwaal, maar ook een geriater. We moeten niet automatisch dingen gaan opereren omdat we dat kunnen, we moeten ook bekijken of dat nodig is. We zien dat er nieuwe 3D-technieken zijn in het Radboud die enorm veel nieuwe mogelijkheden creëren. Heb ik daarmee de vraag van mevrouw Bouwmeester beantwoord?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het Radboud is inderdaad heel goed bezig. Maar het blijft bij goede voorbeelden. De dienstverlening van een ziekenhuis is nog te veel georganiseerd vanuit efficiency, en niet vanuit de patiënt. Ik heb het voorbeeld van dokter Van Rheenen van het UMC Groningen al eens genoemd, die vindt dat wij de patiënten eigenlijk niet goed informeren. We voldoen eigenlijk niet aan de norm voor inform consent. Het gaat om een nieuwe manier van het informeren van de patiënt. Hij krijgt geen steun van zijn beroepsvereniging, en ook niet van zijn ziekenhuis en de zorgverzekeraar, waardoor hij moet stoppen. Wie komt er nou op voor de patiënt en de goedwillende zorgverleners?

Minister **Schippers**: Hier hebben alle partijen een heel belangrijke rol: de artsen die kunnen zien hoe ze het beter doen, de verzekeraar die moet inkopen en de patiënt die geacht wordt mee te denken. In het kader van de aanpak van verspilling van voedsel hebben we een traject better in, better out. Verder lopen er heel veel trajecten op het gebied van het informeren van de patiënt, opgestart door VWS, al dan niet met de verzekeraars. Op een aantal gebieden zie je daarbij enorme ontwikkelingen. Vanmiddag hebben we nog een AO over innovatie. Het gaat heel vaak over het uitrollen van dingen die heel succesvol zijn. Daarin ligt voor ons een grote taak. Ik zal daar vanmiddag op terugkomen. VWS probeert daar een podium voor te geven. Verder proberen we via de geëigende kanalen, zoals het Kwaliteitsinstituut, de zaak te pushen. Op sommige gebieden gebeurt er momenteel heel veel, terwijl er op andere gebieden zeker op landelijk gebied de massaliteit ontbreekt.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dank voor het antwoord. Ik ben het zeer met de Minister eens dat er heel veel loopt en heel veel goed gaat. Maar als het kleinere initiatieven zijn die heel goed werken, steunt niemand hen. De door mij genoemde specialist moet dus stoppen met zijn werk, of hij

moet zijn spaargeld eraan besteden. De zorgverzekeraars hebben hier ook een rol in. Wat is die rol?

Minister **Schippers**: Ik ken het voorbeeld dat mevrouw Bouwmeester opbrengt niet. Zij zegt dat de verzekeraar allerlei redenen heeft om nee te zeggen, maar die redenen ken ik ook niet. Deze specifieke casus ken ik niet. Ik ken wel een casus over de bekkenbodemmatjes in het Tjongerschansziekenhuis. Daar heb ik iedereen eens opgeroepen om rond de tafel te gaan zitten, om te zien of dat niet veel beter kan. Daar hebben de wetenschappelijke verenigingen overigens ook een belangrijke rol in. Je hebt artsen die in eigen tijd pionieren aan verschrikkelijk belangrijke dingen die zeer op prijs worden gesteld door de patiënten. Maar uiteindelijk is er dan ook nog een wetenschappelijke vereniging die dat moet oppakken en in de richtlijnen moet zetten. Dat is een samenspel van allerlei partijen die daarin een rol moeten spelen. Ik heb verschillende voorbeelden waarin je ziet dat de wetenschappelijke verenigingen er eigenlijk weinig voor voelen en ik heb voorbeelden waarin je ziet dat de verzekeraar dit niet oppakt. We moeten hier meer druk op zetten.
Vanmiddag komen we daar nog over te spreken. In de innovatieportefeuille vind ik twee dingen heel belangrijk: standaardisering – daar doen we het echt niet goed genoeg – en het landelijk uitrollen van best practices. Daarvoor hebben we onder andere een platform opgericht. Of dat gaat werken, weet ik natuurlijk nog niet, maar we zitten erbovenop.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik begin met de discussie over de rekening die patiënten in ziekenhuizen krijgen. Als we het eigen risico afschaffen, zijn we van al dat onzinnige geadministreer af.
De tweedeling in ziekenhuizen die thans plaatsvindt, wordt geconstateerd in een benchmark. De Minister zegt het macrobeheersinstrument niet te zullen gaan toepassen. Klopt dat? Gaat ze dat in 2013 nog toepassen? Er is namelijk nog discussie over de omzetplafonds van 242 miljoen. Is dat nou van de baan?
De Minister vindt loondienst prima voor specialisten, maar ook het participatiemodel. Kan zij dat nog eens toelichten? Bedoelt ze dat specialisten eigenaar zijn van het ziekenhuis en meedelen in de winst? Als het laatste het geval is, is dat dan wel gezond?
De Minister vindt de budgetpolisadvertentie van Isala normaal. De SP vindt dat abnormaal. Het mag dan wettelijk misschien zijn toegestaan, maar het deugt voor geen meter!

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor de antwoorden en voor de toezeggingen. Wel maak ik me nog zorgen over de positie van de kwetsbare ouderen in de ziekenhuizen, die het ziekenhuis verlaten na een goede behandeling te hebben gekregen. De Minister is duidelijk geweest over de inspectie: die bezint zich op scherpere maatregelen. Ik hoorde sluipenderwijs wat meer overtuiging in de stem van de Minister dat zij zelf daarbij wel wil helpen. Wat niet helemaal duidelijk was in de beantwoording, was hoe de wijkverpleegkundige op een goede manier de overdracht kan doen. De Minister ziet daar mooie voorbeelden van. De financiering moet in overleg met de ziekenhuizen tot stand komen. Kan zij dat nog wat beter uitleggen?

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Dank aan de Minister voor de stevige standpunten ten aanzien van het onderwerp substitutie en voor de heldere antwoorden. Het is echt ondenkbaar dat je bij een ondernemende huisarts de verplichting neerlegt om de substitutie vanuit het ziekenhuis vorm te geven. Daar ligt een grote taak voor verzekeraars. Verder is het heel goed dat de Minister aangeeft, dat onderwerp mee te nemen in de overleggen met ziekenhuizen, verzekeraars en patiënten. Het is namelijk een onvoorstelbaar belangrijk punt. Daar ligt de toekomst van onze zorg,

met alles wat daarbij hoort, zoals de langjarige contracten. Dank dat dat op die manier wordt opgepakt. Ik zie uit naar de resultaten daarvan.
Verder is het goed om te horen dat het Zorginstituut Nederland in oktober een advies uitbrengt over de zelfstandige positie van de specialist ouderengeneeskunde. De VVD ziet daar heel veel in, zodat ze uitziet naar dat advies, dat hopelijk een positief oordeel inhoudt. Dat moeten we nog gaan bezien.
Er is nog een kleine vraag blijven liggen. Kan de Minister de stand van zaken geven met betrekking tot het onderzoek van de ACM naar eventuele afspraken in de contracteerperiode tussen ziekenhuizen? Wellicht kan ze daar nog niets over zeggen, aangezien het onderzoek loopt, maar wellicht weet ze er toch wel iets meer van. Dan hoor ik dat graag.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Over de financiering van ziekenhuizen gaven we in eerste termijn al aan dat er een aantal systeemfouten is, waardoor er blokkades zijn voor substitutie en innovatie. De Minister gaf aan dat shared savings, meerjarencontracten en substitutie mogelijk zijn, zij het dat het in de praktijk nog stokt. De Minister zei heel terecht: we willen dat er regioplannen komen voor de toekomst. Wanneer wil de Minister dat die situatie is bereikt?
Veel dank voor de goede opzet van het praktijkteam dat zich onder andere gaat richten op de overdracht van ouderen. Wanneer ligt daar ongeveer een resultaat?
Mijn laatste vraag gaat over het msb. Als zelfs de IGZ daar heel kritisch over is, omdat het ten koste gaat van kwaliteit, dan is er wat aan de hand. De Minister gaf al aan dat ze liever een ander model heeft: loondienst of participatie. Je hebt een structuur nodig om de cultuur te kunnen veranderen. Wanneer is er een nieuw model?

Minister **Schippers**: Voorzitter. De heer Van Gerven wil het eigen risico afschaffen, dan is alles opgelost. Maar ik denk dat dat iets te simpel is. Want als er zorg geleverd wordt, wil je er toch ook voor betalen. Daar moet je toch iets voor bedenken. Ik weet dat de heer Van Gerven meer ziet in budgetfinanciering, maar die heeft ook zo haar nadelen. In de jaren negentig hebben we duidelijk gezien dat er wachtlijsten ontstonden en dat de juiste zorg niet op de juiste plek terechtkwam. Je kunt daar allerlei discussies aan koppelen, maar ik denk dat het te simpel is om te zeggen: als we het eigen risico afschaffen, hebben we alles opgelost.
Over de tweedeling in de ziekenhuizen vroeg de heer Van Gerven of ik het mbi nu wel of niet ga toepassen. Op basis van de meest recente cijfers van het Zorginstituut Nederland is de overschrijding-2013 afgenomen naar ongeveer 70 miljoen. Dat is exclusief transitiebedragen. Voor het jaar 2014 zijn de cijfers nog met onzekerheid omgeven, maar op basis van de huidige inzichten is wel een beperkte onderschrijding zichtbaar. Ik beslis pas over maatregelen nadat ik volgens afspraak overleg heb gevoerd met partijen binnen het bestuurlijk akkoord. Het mbi is en blijft een ultimum remedium: je kunt het toepassen, maar het hoeft niet. Voor het jaar 2013 neem ik die beslissing uiterlijk 1 mei aanstaande en voor het jaar 2014 is dat uiterlijk 31 december 2016.
Loondienst of participatiemodel? De omschrijving van de heer Van Gerven is grofweg juist.
De positie van kwetsbare ouderen baart mevrouw Bruins Slot zorgen. Dat geldt overigens niet alleen voor haar, maar voor velen. We zien dat bij de overdracht dingen beter moeten worden geregeld. De inspectie zit daar bovenop. Ze bepaalt zelf, welk instrument ze inzet. Zelf heb ik niet achterover geleund: ik heb een praktijkteam ingericht om te kijken, hoe we dit beter kunnen doen.
Over de financiering van de wijkverpleegkundige merk ik het volgende op. Als je kijkt hoe we dat hebben georganiseerd, zie je dat daarbij wordt uitgegaan van de zorg die geleverd wordt en niet van waar die zorg

geleverd wordt. Er kan zelfstandig worden gedeclareerd. Maar je kunt als wijkverpleegkundige natuurlijk niet plompverloren een ziekenhuis binnenlopen. Je moet daarover daadwerkelijk afspraken maken met ziekenhuizen. Wijkverpleegkundigen en ziekenhuizen kunnen dat ook doen. Je ziet dat dat heel voorzichtig van start gaat, omdat het nog maar net bestaat. In de toekomst kunnen op dit gebied ontwikkelingen worden verwacht.
Hoe zit het met de contractering en de ACM? Daar heb ik van de ACM nog geen bericht van gekregen. Dat betekent wat mij betreft dat ze nog bezig zijn met onderzoek. Tijdens dat onderzoek worden nooit mededelingen gedaan over de stand van zaken. Ik wacht dus even af waarmee de ACM komt.
Ik vind het echt te makkelijk om te zeggen: er komen dingen niet tot stand, omdat de financiering is zoals ze is. Wat zie je in de praktijk? Daar zie je shared savings en lumpsumcontractering. Niemand hoeft het volgens een standaardmethode te doen; een verzekeraar kan dat op allerlei manieren doen. Nogmaals, ik vind het te makkelijk om te zeggen dat dingen niet tot stand komen door financiering. Dat kan wel, maar je moet het wel doen. Hier en daar gebeurt dat en hier en daar stokt dat; dat ben ik eens met mevrouw Bouwmeester. Het stokt om diverse redenen. Uit de lopende pilots blijkt dat daar een veelheid van oorzaken aan ten grondslag ligt. Het hangt ook af van de regio's. Ik heb niet gezegd dat ik voor iedere regio een plan wil, maar er zijn wel regio's waar plannen belangrijk zijn, omdat het krimpregio's zijn. Daar ontstaan steeds meer plannen. We weten natuurlijk dat er in Friesland al heel lang sprake is van planontwikkeling. Ik lever daaraan waar dat kan een bijdrage. De overdracht van ouderen laat ik niet over aan het veld, want we hebben een praktijkteam ingericht. Dat gaat echt actief kennis, ervaring en best practices inbrengen in de overleggen die momenteel plaatsvinden, vooral daar waar het niet goed gaat.
Over het msb merk ik op dat het niet zo is dat de IGZ heel kritisch is. De IGZ vindt de Fyra-vergelijking uit haar context getrokken. Dat is niet zo bedoeld. Er is ruimte zichtbaar voor verbetering. Die ruimte zit hem als allereerste in de cultuur. Cultuur is moeilijk te veranderen, maar waar de cultuur al goed was, gaat het ook goed met het msb. Maar waar de cultuur niet goed was, loopt het msb de grootste risico's. Het hangt dus meer samen met cultuur dan met de vorm. Het is dus niet zo dat het msb als organisatievorm verbeteringen tot stand brengt. Je ziet dat een slechte cultuur ook slecht blijft, terwijl een goede cultuur goed blijft. Ik vind zelf het msb een vluchtheuvel waar we de facilitering van het participatie-model onvoldoende voor elkaar hebben. Ik kijk er helemaal niet van op dat die vluchtheuvel massaal is gekozen, maar ik vind dat geen eindstation. Ik ben er nu heel hard mee bezig om te kijken hoe je dat nou zou moeten doorontwikkelen. Daarover zijn we in gesprek met verschillende partijen. We beginnen intern, waarna we extern gaan praten. Zodra ik daar meer zicht op heb, zal ik richting de Kamer met voorstellen komen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik heb nog een vraag over de financiering. Wat ik heel goed vind, is dat de Minister nu actief stuurt in krimpgebieden waar het behoud van zorg niet automatisch tot stand komt. Maar in de Randstad is er overcapaciteit aan ziekenhuizen. Daar moet iets gebeuren om geldverspilling te voorkomen. Ik begrijp dat de Minister zich gaat bemoeien met de krimpgebieden, maar verder laat ze het zo. Wij zien graag ook plannen voor de rest van het land voor over tien jaar, zodat betrokkenen daaraan kunnen gaan werken. Dat vraag ik, omdat we zien dat het niet vanzelf gaat. We willen graag dat die zorg beschikbaar blijft.

Minister **Schippers**: Je ziet dat er ook in de Randstad wel degelijk wordt nagedacht over de zorgvraag van de toekomst en over hoe we het aanbod daarop aanpassen. Daar zitten natuurlijk heel pijnlijke transities in. Want

sommige dingen bestaan nu en die hebben we straks minder of helemaal niet nodig. Dat kan heel pijnlijk zijn. Daarom is er overleg gaande tussen alle betrokken partijen over de vraag hoe je met meerjarige contracten transities kunt versoepelen. Je kunt als verzekeraar wel besluiten een ziekenhuis op te heffen, maar zo werkt het toch even niet, aangezien er meerdere partijen bij betrokken zijn. We brengen het vehikel van de meerjarencontracten veel meer onder de aandacht als mogelijkheid om transities tot stand te brengen. Verder is het niet zo dat we geen beeld hebben van de toekomst. We hebben dat beeld wel degelijk, en dat is ook gewisseld met de Kamer: wij willen dat complexe zorg wordt geconcentreerd en niet-complexe zorg gedeconcentreerd. Ten eerste moet dat gebeuren naar de regioziekenhuizen, maar ten tweede van het ziekenhuis naar de buurten en de wijken. We hebben anderhalvelijnszorg, we bouwen de zorg van onderop op, omdat de kwaliteit daarvan in de wijken net zo goed gegeven kan worden en mensen dat heel graag dicht bij hun huis willen hebben. Die hele transitie zie je dus werkelijk overal plaatsvinden, waarbij het in de ene regio wat sneller gaat dan in de andere regio. Maar wij maken bij VWS geen blauwdruk. Zo is het systeem niet opgezet. Wel proberen we te faciliteren en te stimuleren waar men er druk mee bezig is.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik vraag niet om een blauwdruk, omdat dat niet werkt. Maar we zien wel dat het niet vanzelf gaat. We zien ook dat zorgverzekeraars het heel moeilijk vinden om transitieplannen te maken, ook gelet op de weerstand van allerlei belanghebbenden. Wij vinden het daarom van groot belang dat de transitieplannen tot stand komen en dat iedereen zijn rol daarin vervult. Qua intentie ben ik het eens met de Minister, maar als we het aan de uitvoering laten, wat we al een paar jaar zien, gaat het niet helemaal goed. Ik ben op zoek naar een antwoord dat ervoor zorgt dat het in de praktijk wel vanzelf goed gaat. Waarom zou het nu wel lukken en lukte het voorheen niet?

Minister **Schippers**: Ik vind dat het juist wel heel veel gebeurt in de praktijk. Het lastige is dat een regio voor complexe zorg een veel grotere regio is dan voor de fysiotherapie. Ik ben toevallig zelf woonachtig in twee regio's. In de ene regio kun je linksaf en in de andere regio rechtsaf. Als je Nederland opdeelt in regio's, heb je al heel snel voor het ene type zorg een kleinere regio nodig en voor het andere type juist een grotere regio. Dat maakt het zo complex. In de praktijk wordt op heel verschillende regioniveaus nagedacht. Voor netwerken voor antibioticaresistentie hebben we veel grotere regio's dan voor eenvoudige medisch-specialistische zorg, die weer afwijkt van de chronische zorg. We hebben de zorgplicht neergelegd bij de zorgverzekeraar, we hebben een hele structuur opgebouwd, waarin dit soort gesprekken op bestuurlijk niveau plaatsvindt, maar een vaste regio is er in de zorg niet te geven, omdat daarvoor de verschillen veel te groot zijn.

De **voorzitter**: De Minister heeft de volgende toezegging gedaan.
– De NZA-monitor integrale tarieven zal eind februari aan de Kamer worden toegezonden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik had nog een tweede toezegging gehoord, naar aanleiding van de motie-Bruins Slot/Bouwmeester: de NZA werkt criteria uit voor de zorgplicht, die in de tweede helft van dit jaar naar de Kamer zullen worden gestuurd. Het zou fijn zijn als die toezegging ook nog wordt genoteerd.

De **voorzitter**: Ik begrijp dat die toezegging niet zo concreet is genoemd.

Minister **Schippers**: Als die criteria er zijn, komen ze naar de Kamer. Maar ik ben de NZa niet, dus ik kan niet precies zeggen wanneer dat is, maar ik verwacht eind 2016.

De **voorzitter**: Dan komen ze naar de Kamer. Die toezegging wordt toegevoegd.
Er is geen behoefte aan een VAO.

Sluiting 12:30 uur.